



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

PROYECTO DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL

POLÍTICA, LINEAMIENTOS Y ESTRATEGIAS

Director: Dr. Osvaldo Navarro

A. INTRODUCCIÓN:

El propósito de esta propuesta es fundamentalmente el de avanzar en la implementación de la Ley Provincial 9848 de protección de la salud mental, sancionada el 30-10-2010.

Entre los principios consagrados en este instrumento legal se encuentran: la reestructuración de la Red Prestacional y la transformación o readecuación de las instituciones y servicios que la componen, mediante la asignación o reasignación progresiva de recursos; la accesibilidad de los usuarios al sistema de atención; la participación ciudadana y la implementación de la APS en salud mental; la inclusión social de los pacientes; la integración y capacitación de los recursos profesionales.

De estos principios se desprenden objetivos generales y específicos que están desarrollados en la Propuesta de Plan de Salud Mental que se adjunta. Esta propuesta fue elaborada en el marco de la Ley 9848 y en base a proyectos elevados a esta Dirección por las diferentes instituciones y servicios que componen el sistema provincial de salud mental, y brinda un amplio marco para el desarrollo de acciones en salud mental en el curso de los próximos años.

De los principios emanados de la Ley 9848 y de la imprescindible transformación del sistema provincial de salud mental, se desprende la necesidad de avanzar hacia la instauración de políticas de estado en salud mental, a partir de acuerdos políticos, intersectoriales e interjurisdiccionales.

En este amplio marco compete a esta Gestión en Salud Mental definir lineamientos, objetivos y acciones prioritarias en salud mental, en el contexto de las actuales políticas sanitarias implementadas desde el Ministerio de Salud de la Provincia.

B. FUNDAMENTACIÓN:

1. El padecimiento mental y su abordaje:

Se considera fundamental definir claramente las diferentes alternativas que se producen en el curso de la aparición, evolución y posible remisión de los trastornos y/o problemáticas de salud mental. Esto orienta en cuanto a decidir cuáles son los abordajes y

dispositivos en salud mental, necesarios para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas padecientes.

Partimos de la premisa de que hay condiciones estructurales psicosociales que pueden desencadenar un sufrimiento psíquico.

Para fundamentar esta idea consideramos un ejemplo paradigmático: el *consumo de sustancias*. Este siempre ha estado presente en el curso de la historia de la humanidad y es parte de las manifestaciones socioculturales de los pueblos (tradiciones, encuentros familiares y sociales, fiestas, rituales, etc.) incluido el consumo excesivo ocasional.

Sin embargo, cuando la conducta excesiva se convierte en persistente y comporta un uso abusivo de la sustancia, la situación se desliza hacia la patologización que implica: adicción, dependencia, daño físico y psíquico que pueden llegar a ser irreversibles, con el agravante de que esto puede ocurrir en el marco de una situación psicosocial deteriorada (ruptura de redes sociales, tensiones y conflictos interpersonales, carencias materiales, desocupación, etc.).

Complementa esta situación la estructura psíquica de la persona, su historia vital y los padecimientos previos subyacentes a la emergencia de la conducta adictiva. Esta conducta es a la vez deteriorante de los lazos sociales, en una espiral destructiva y autodestructiva.

Si nos detenemos a observar cómo llega al sistema de salud la demanda relativa a esta problemática y cómo operan los dispositivos sanitarios, es frecuente que ocurra la siguiente secuencia:

- A raíz de las consecuencias físicas producidas por el consumo, el primer contacto del consumidor es habitualmente en un servicio de clínica médica. Este interviene en función de la fenomenología y el diagnóstico de etilismo, a menudo con una visión psicosocial y/o moral basada en la idea de “vicio” (“es un vicioso” “toma porque quiere” “es por la junta”) y de una conducta que puede ser modificada mediante terapéutica médica basada en la farmacología, la dietoterapia y la consejería.
- El destino más probable de este tipo de intervención es la reincidencia del paciente en la conducta adictiva y el agravamiento de las condiciones que sustentan la misma. El fracaso de la terapéutica y la reincidencia pueden conducir a que en un momento del proceso intervenga la Justicia, por ejemplo ante: consumo en la vía pública, agresión, violencia sociofamiliar, accidente, situación de calle, etc.
- La judicialización de la situación conduce a dos posibles alternativas: proceso civil o penal. En el marco de estos procesos surgen los conceptos de: penalidad del acto, peligrosidad, reclusión para la seguridad, etc. En este contexto es que el Juez ordena la internación para tratamiento.
- Al no haberse realizado las intervenciones que apuntan a las causales del problema y no a sus consecuencias (conducta adictiva): el sistema de salud queda atrapado en las lógicas del sistema judicial sin poder actuar eficazmente, desde criterios sanitarios adecuados. Lo más factible es que la institución especializada en salud mental centre el tratamiento en la patología y el abordaje farmacológico, con desmedro de las

intervenciones psicoterapéuticas y sociales, en el marco de la “obligatoriedad” de la internación establecida por la Justicia.

- Al operar en este contexto la institución de salud mental replica el modelo conductual. Una vez compensado, el paciente sale de permiso y al cabo de un tiempo vuelve a ser internado porque la problemática no se ha abordado en el contexto en que la misma se produce (familia, comunidad) atendiendo a las causales psicosociales, con el dispositivo adecuado (ambulatorio, domiciliario, hospital de día, etc.). Esta situación se denomina “puerta giratoria” y determina un alto grado de reinternaciones de paciente cuya cronificación termina resultando inevitable.

La situación descrita a modo de ejemplo en el caso de las adicciones se replica, en diferentes grados y de diferentes modos, en otros aspectos de la vida cotidiana de las personas, tales como: hábitos alimentarios, situaciones interpersonales que desencadenan conductas violentas, discapacidades, secuelas psíquicas de trastornos orgánicos, psicosis, etc.

Estas problemáticas no son solo de naturaleza individual sino que emergen en el seno de una sociedad con definidas pautas culturales, que inciden en el curso de su evolución.

En este marco intervienen las estructuras del estado: poder legislativo, judicial y ejecutivo; y los sistemas de: salud, desarrollo social, educación, etc. Desde la perspectiva del sistema de salud el abordaje implica las diferentes instancias sanitarias: promoción, protección, prevención, tratamiento y rehabilitación. El abordaje debe acompañar un proceso que va desde la salud, su quebrantamiento y restablecimiento, hasta la reinserción de las personas en sus espacios vitales.

Se trata de asegurar que las personas puedan desarrollar su vida en los ámbitos sociales vitales, tales como la familia y la comunidad, y los diferentes espacios sociales y culturales; y que el sistema de salud realice una intervención *oportuna* en aquellas instancias en las que realmente sea necesario.

Esto implica abordar las problemáticas antes que las mismas se produzcan (detección precoz) en la estructura social en la que ellas se gestan, con la activa participación de la ciudadanía en la construcción de saberes y acciones que promuevan la resolución de tensiones, conflictos y malestares cotidianos, tratando de evitar el abuso, el daño y el consiguiente trastorno y padecimiento.

Esta mirada de la salud implica que se va a abordar la emergencia de una problemática, síntoma o manifestación de un trastorno, mediante dispositivos específicos para cada situación: intervenciones familiares o comunitarias, contención domiciliaria, seguimiento del curso de las problemáticas, tratamientos ambulatorios, rehabilitaciones y proyectos de inserción social y laboral, servicios de emergencia, guardia, internación preventiva y breve de carácter excepcional.

2. Procesos que sostienen la “manicomialización”:

De no realizarse las “intervenciones oportunas” antes detalladas, las problemáticas psicosociales tienden a la complejidad y agravamiento, los síntomas se agudizan, los vínculos se deterioran y la evolución general de la situación avanza hacia a la cronificación.

Se destaca la significativa diferencia que existe entre cronicidad y cronificación. La primera se relaciona con el posible devenir del curso de un proceso patológico, de acuerdo a conocimientos actualizados en el marco de las disciplinas de la salud. Mientras que la cronificación es producto de abordajes inadecuados o francamente iatrogenizantes, y por lo tanto evitables.

A menudo, el sistema de salud mental ha contribuido a estos procesos de cronificación, ya que la visión de la salud mental se ha centrado básicamente en la fenomenología patológica y el abordaje neuropsicofisiológico, sin considerar suficientemente el contexto bio-psico-social ni la subjetividad e intersubjetividad del padecer psíquico. Por consiguiente, los dispositivos terapéuticos se han centrado predominantemente en el abordaje biológico, el tratamiento farmacológico y conductual.

Como ejemplo patente de esta cronificación iatrogenizante están las instituciones de salud mental que aún cuentan con pabellones para pacientes internados de larga estancia, al punto que muchos quedan de por vida en estos establecimientos.

Con la idea de que hay pacientes de “larga estancia” que deben permanecer recluidos en pabellones psiquiátricos por el resto de su vida se ha llegado al paroxismo de las concepciones iatrogenizantes en salud. Los tiempos vitales, los tiempos del psiquismo y los procesos naturales del curso de la vida han sido reemplazados por los “tiempos procesales” de la justicia y los “tiempos burocráticos y funcionales” de las instituciones, que terminan operando en desmedro de la salud de las personas.

Cabe destacar además, que cuánto más tiempo transcurre la vida de una persona al interior de una institución de estas características, más se reducen sus espacios vitales, aumenta la separación de sus vínculos afectivos y se aleja la posibilidad de la reinserción social, la recuperación de sus vínculos familiares y el necesario soporte social.

3. Viejos y nuevos paradigmas en salud mental:

El positivismo ha permeado las representaciones sociales acerca de la salud, del padecer psíquico y su “tratamiento”, de tal modo que se ha instaurado en el imaginario social una cultura del psicofármaco como solución mágica ante los malestares y conflictos. Por otro lado, cuando estos malestares son visualizados como “locura”, esta debe ser extirpada del cuerpo social y confinada entre los muros de las instituciones.

El enfoque biologista, patologista y manicomial de la salud mental proviene de una antigua tradición. Históricamente se ha designado con el término “locura” al padecer psíquico. Este padecer tiende, social y culturalmente, a ser confinado y excluido del seno social. Desde la percepción social se representa la “locura” como algo extraño, inmanejable y peligroso. Por ende, los “locos” deben ser encerrados en instituciones de salud para supuestamente “protegerlos” y así “proteger” a la sociedad.

Esto empezó en el año 1.409 con la constitución del primer manicomio, en Valencia, España, donde los “locos” eran expulsados de la sociedad y enviados a “vagar”. Un sacerdote creó el Primer Hospital que se denominaba “Hospital de los inocentes, locos y orates”.

Posteriormente surgieron otros similares en Inglaterra y Francia. A partir de allí se teje una larga historia de existencia de estas instituciones de reclusión de padecientes mentales.

A partir del siglo XX, concomitantemente con los desarrollos científicos y terapéuticos en el campo de la medicina (psicofármacos), la enfermería (cuidados de la salud), la psicología (psicoterapias) y el trabajo social (abordaje de las estructuras y condiciones sociales), se desarrollan nuevas perspectivas y abordajes de la salud mental a partir de una visión crítica del paradigma positivista.

Actualmente se considera que las patologías mentales emergen en la vida social y comunitaria, se expresan en los vínculos y en el padecer psíquico de las personas. De modo que es parte inherente del restablecimiento de la salud mental: el abordaje de la subjetividad y la reparación de los vínculos familiares y sociales, además de sus componentes biológicos.

A pesar de las nuevas visiones en salud mental, durante el siglo XX continuaron existiendo las instituciones de internación prolongada, con personas reclusas de la vida social y privadas del ejercicio de sus derechos humanos, tales como: la autonomía personal, la vida familiar y comunitaria, la participación en actividades laborales, sociales y culturales, etc.

4. “Judicialización” de la salud mental. Paradigmas en salud y justicia:

Una situación paradigmática de este arrastre de concepciones decimonónicas de salud mental a las que las instituciones del estado suelen adherir mecánicamente, es el alto porcentaje (aproximadamente entre 40% y 50% de las camas de internación) de pacientes asistidos y/o internados, por orden judicial, en las instituciones de salud mental.

La exagerada judicialización e institucionalización de personas, por problemáticas de salud mental, implica una alta disfuncionalidad en las estructuras del estado, y conlleva una vulneración de los derechos de las personas.

Desde la perspectiva del abordaje de la salud mental, la situación de *tratamiento obligado* genera un contexto paradójico: no hay tratamiento posible si no hay una auténtica demanda de parte del asistido (conciencia de enfermedad – percepción de malestar y conflicto). La posibilidad de la demanda solo surge en el sujeto o en su grupo de pertenencia (familia) en un contexto subjetivo, en momentos críticos de la evolución, en los que la “percepción de malestar” posibilita la demanda. Por lo tanto, la idea del tratamiento *obligatorio* desconoce las características de “lo psíquico”.

Así por ejemplo, ocurre frecuentemente que los jueces indican tratamiento y rehabilitación, en base a informes de peritos, de personas que han cometido delitos. Las mismas son enviadas a tratamiento bajo el supuesto de que el mismo habrá de resultar en modificaciones de la estructura psíquica y de las condiciones patógenas que condujeron a la comisión del delito, y que una vez producida tal modificación el sujeto podrá quedar libre y la sociedad protegida de sus “insanas acciones”.

Subyace en este pedido el supuesto de que el profesional de salud mental podrá “cambiarle el psiquismo” a estas personas, mientras que el profesional - desde una visión clínica - sabe que las posibilidades de cambio de las personas dependen de la estructura de personalidad y que en determinados casos, la rigidez caracterológica puede hacer en extremo difícil y hasta imposible dichos cambios. Incluso puede ocurrir que personas con estas

características psicopáticas intenten “utilizar” el “tratamiento” y la “rehabilitación” como medio para lograr sus propios propósitos, no necesariamente vinculados a la salud.

Podemos incluir en estas reflexiones y debates acerca de las diferentes miradas, jurídica y de la salud, la situación particular que se genera cuando el profesional, amparado en derechos, y en su propia subjetividad y capacidad de tolerancia ante lo ominosos y siniestro, puede plantear “objeción de conciencia”. Esto puede ocurrir ante casos paradigmáticos, tales como: genocidios, violaciones, abortos no punibles, etc.

Los procesos de judicialización de la salud mental también provienen de una larga historia vinculada a la “peligrosidad” de las personas y de una confusión de enfoques que provienen de marcos conceptuales, disciplinares e institucionales diferentes

Dentro del abordaje de la salud mental se considera el riesgo de daño a sí mismo o a terceros desde una perspectiva sanitaria. No es inherente a la dinámica salud-enfermedad el concepto de peligrosidad. En el campo de la salud lo que está en eventual riesgo es la integridad bio-psico-social de las personas y es lo que el sistema de salud debe atender.

El discurso de la “peligrosidad” proviene de otros campos disciplinares e institucionales (Jurídico Legal / Instituciones de la Justicia) en los que se dirimen cuestiones no necesariamente atinentes a la salud sino a la vida social.

El discurso jurídico se centra en conceptos tales como: la seguridad pública, la penalidad del acto y la reclusión de personas por razones delictivas.

A lo largo de la historia se ha producido un entrecruzamiento de ambos discursos (Salud-Justicia) equiparándose el riesgo y la enfermedad a la peligrosidad y la inseguridad. Esto ha determinado que acciones vinculadas a la seguridad pública se hayan realizado **como si fueran acciones de salud**, determinadas por los jueces sin estar fundamentadas en criterios científicos actualizados de salud. Asimismo ha ocurrido que desde el sistema de salud se realizaran acciones **aparentemente** de salud que han sido funcionales a las necesidades del sistema judicial de garantizar el orden público.

Las normas jurídicas en nuestro país se basan, entre otros antecedentes, en el derecho romano y en los usos y costumbres, con el fin de establecer un orden social y reglar las conductas y las relaciones interpersonales en el seno de la sociedad.

Históricamente, los fallos judiciales (Jurisprudencia) vinculados con cuestiones de salud mental se han nutrido predominantemente del discurso médico positivista, basado en la evidencia fenomenológica, en el método experimental, en la objetividad de los conocimientos y en la concepción biologista de: *enfermedad, tratamiento y cura*; con desmedro de la subjetividad e intersubjetividad propias del padecer psíquico y de los lazos sociales.

Desde estas perspectiva: quien rompe las normas sociales por un problema de salud mental debe ser tratado y curado, como si fuera un *órgano enfermo*, con el fin de evitar la

perturbación de dicho orden. En esta situación se inscriben aquellas personas que transgreden las normas encuadradas en los diferentes cuerpos legales (x ej.: código penal), las que deben ser juzgadas a través del debido proceso y sus “actos” deben ser “penalizados”.

Asimismo, en los casos en que los tribunales correspondientes determinan a través de informes forenses (no vinculantes) que la persona no comprendió al momento del acto su conducta, debido a un desorden psíquico, se la envía a las instituciones de salud mental para su “tratamiento” y “cura”.

En cuanto al agente de salud, el mismo no puede ser - simultáneamente - agente de la justicia y corresponsable de garantizar el orden público. La responsabilidad última de dicho orden, no puede quedar “depositada” en el profesional de salud como co-garante del resguardo del “orden social”; incluso como ha ocurrido a menudo, bajo la coacción del juez y la amenaza de ser procesado judicialmente si no acata la “orden” de tratar a las personas bajo las condiciones establecidas por la justicia.

5. Reclusión manicomial. Convergencia judicialización-manicomialización:

Se destacan en el discurso que proviene del ámbito jurídico, tres palabras claves:

Peligrosidad: se refiere al peligro, como riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal.

Seguridad.: del latín “securitas” se refiere a la cualidad de seguro, es decir aquello que está exento de peligro, daño o riesgo. Algo seguro es algo cierto, firme e indubitable.

Reclusión manicomial: ante el peligro y riesgo de daño a sí mismo o a terceros, por parte del paciente, se determina su reclusión en la institución en la que va a ser “tratado” y “curado”.

En nuestro Código Penal, la *reclusión manicomial* está establecida en el Art. 34, Párrafo 2 del Inciso 1º, que dice: “*en caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás*”.

En esta visión los conceptos de tratamiento y cura ocupan un lugar secundario, auxiliar y funcional a las necesidades de seguridad y las medidas de reclusión para evitar el peligro de un daño en el orden de lo social. Discurso eminentemente jurídico

Desde la perspectiva sanitaria, la idea de reclusión por razones de seguridad y como “garantía social” es una idea ajena a las verdaderas necesidades del tratamiento de una patología o problemática en salud mental. Ya que si existiera un riesgo de daño para sí o para terceros se aplicaría una medida de **contención** para evitar la producción del daño, en forma excepcional y en el contexto de una estrategia de abordaje terapéutico continuo. La “seguridad” no es objeto de intervención sanitaria, ya que se trata de atravesar un proceso, no

exento de riesgos, que posibilite cambios saludables en relación a las condiciones de salud previas.

Por otro lado, la perspectiva sanitaria incluye desarrollar acciones centradas en las conflictivas relaciones que pueden establecer las personas con su medio, que están determinadas y determinan a su vez a la cultura, entendiendo a esta como deconstrucción y construcción social e histórica.

Los discursos, normativos y “positivos”, en su afán por “objetivar” tienden a “cosificar” aquello que en la realidad son “procesos” subjetivos e intersubjetivos.

El discurso jurídico, que abrevia de visiones de la salud de carácter eminentemente médicas del siglo XIX, retrasa más de 100 años con respecto a las visiones psicosociales y psicoanalíticas desarrolladas en el curso del siglo XX; y a los nuevos paradigmas en el campo de la salud que se desarrollaron en las últimas décadas, tales como: la concepción bio-psico social de la salud establecida por la OMS, la visión holística dinámica e integral de la salud-enfermedad, la perspectiva sistémica que aborda al sujeto en el contexto de los sistemas humanos, la construcción social de la vida cotidiana y de la producción de conocimientos, etc.

6. Un ejemplo paradigmático de interrelación entre salud mental y justicia:

Hoy día, los nuevos paradigmas en salud mental también se reflejan en el ámbito judicial, instalándose en el mismo a partir del concepto de los derechos humanos.

Tomamos un caso paradigmático que reafirma lo que venimos exponiendo en este escrito. El caso denominado “M.J.R.” llegó a la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en el año 2.006. Detallamos aquí brevemente el curso judicial, de largos años de duración, que siguió el mismo. Asimismo, se adjunta como **ANEXO A** de este documento, el relato completo de la causa.

Se trata de un joven que en el año 1.982, a los 14 años de edad, cometió un homicidio. El Juez de Instrucción Penal declara su inimputabilidad y lo sobreesee disponiendo su internación en una Institución Psiquiátrica.

En 1983 interviene un Juzgado Nacional Civil decretando la interdicción civil de M.J.R. *“por ser el mismo un alienado mental, demente en el sentido jurídico, revistiendo su afección mental la forma de esquizofrenia”*; basándose en el informe del Cuerpo Médico Forense, que dictaminó acerca de *“la peligrosidad del causante tanto para sí como para terceros”*, como así también advirtió respecto a *“la conveniencia de adoptar las medidas que fueran necesarias a los efectos de evitar su fuga”*.

La causa continúa hasta el año 2.006 pasando por diversas instancias controversiales entre diferentes juzgados. En dicho año la madre de M.J.R. solicita el desarchivo para ser designada nueva curadora. En esa oportunidad se remiten las actuaciones a la Corte Suprema de Justicia de la Nación para dirimir la cuestión de competencia.

En el año 2.008 la Corte se expide en relación al caso a los efectos de resolver una contienda de competencia. Sin embargo el Tribunal entiende que *“se han configurado circunstancias excepcionales que no pueden ser soslayadas en atención al debido respeto que*

merecen los derechos y garantías de raigambre constitucional que se encuentran en juego en casos como el de autos, que tiene como protagonista a quien se encuentra sometido a una internación psiquiátrica no voluntaria”.

Se basa para ello en que *“Los principios de legalidad, razonabilidad, proporcionalidad, igualdad y tutela judicial de los condiciones de encierro forzoso ... actualmente se ven fortalecidos y consolidados en la Constitución Nacional ... y en los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional”.*

Entre sus consideraciones la Corte destaca que *“M.J.R. ha permanecido privado de su libertad, de manera coactiva, más tiempo incluso del que le habría correspondido –in abstracto- en el supuesto de haber sido condenado a cumplir el máximo de la pena previsto para el delito cometido, a la luz del instituto de la libertad condicional”.*

De modo que concluye en que *“se muestra como irrazonable que una persona a la que el estado no quiere castigar se vea afectada en sus derechos en una medida mayor de la que le hubiese correspondido, de haber sido condenado como autor responsable”.*

Tenemos aquí un caso que en el sistema de salud mental se ha replicado infinidad de veces, y en el que se observa que los tiempos jurídicos y administrativos sobrepasan largamente los tiempos considerados como necesarios desde una perspectiva clínica para determinar un período de internación.

Asimismo podemos considerar como **ejemplar** las observancias de la Corte Suprema ya que las mismas incorporan los nuevos discurso del ámbito de la salud mental, basados en el respeto a los derechos humanos de los padecientes en salud mental, que son sometidos a internaciones (reclusiones) innecesarias e injustas, por largos periodos.

7. Modelo manicomial y recursos en salud mental:

Los atravesamientos ideológicos, jurídicos-legales y de concepciones desactualizadas de la salud mental, explicitados en los párrafos anteriores determinaron, a lo largo de décadas, la conformación de un sistema sanitario en salud mental basado en un enfoque predominantemente patologista y biologista, en la excesiva internación o reinternación de pacientes y en la consecuente judicialización innecesaria. Se ha conformado un modelo hospitalocéntrico contrario a la tendencia moderna en salud mental basada en la estrategia de la APS, la comunidad y la integración social de las personas.

Esta visión parcial y anticuada de la salud mental ha determinado la persistencia hasta la actualidad de las instituciones manicomiales, con alto número de camas de internación de larga estadía. La existencia de estas instituciones y la larga estancia de pacientes en las mismas contribuye iatrogénicamente a la cronificación, marginación y segregación social de las personas y atenta contra sus elementales derechos humanos.

Nuestro sistema provincial de salud mental cuenta con tres de estas instituciones, en las Ciudades de: Oliva, Santa María y Bell Ville, que alojan aproximadamente 1.200 personas y cuyo sostenimiento demanda el 75% del presupuesto provincial en salud mental.

En diferentes etapas históricas, desde el sistema de salud provincial se ha intentado revertir esta inadecuada organización del sistema sanitario en salud mental, habiéndose

progresado parcialmente en la organización de un abordaje basado en la comunidad y en la conformación de nuevos dispositivos en salud mental, tales como: hospital de día, centro de rehabilitación sociolaboral, casa del joven, centro infanto juvenil, casas de medio camino y residencias protegidas.

La Ley Provincial 9848, basada en los nuevos paradigmas en salud mental, brinda un marco legal para la profundización de estas transformaciones hacia un nuevo sistema de salud mental que garantice la protección de los derechos de las personas, la accesibilidad de los usuarios y el abordaje oportuno mediante dispositivos adecuados.

En cuanto a las instituciones manicomiales aún existentes, en las mismas rige una organización que impone un orden rígido (horarios, comidas, higiene, otras actividades) que regimenta la vida cotidiana de los pacientes. Esto contribuye a la despersonalización por la incorporación de hábitos manicomiales aprehendidos, que conllevan pérdida de autonomía, de capacidad de decidir, de creatividad, de elegir sus vínculos, de la vida afectiva, etc.

Se crea una *ilusión de bienestar y libertad*, sustitutiva de la vida real en la sociedad. Estos padecientes son verdaderos marginados del sistema social a los que se les ha creado un verdadero “gheto”. Así finalmente la sociedad se saca de encima el lastre de la locura y la confina dentro de los muros de estos “apartheid” sociales.

Por otro lado, las conductas de estas personas son observadas, diagnosticadas y valoradas en el contexto de ése *nuevo orden instituido*. Por ende la conducta desordenada puede ser visualizada como un desorden psíquico sin percibirse que la misma puede ser, simultáneamente, una reacción propia de su estar en la institución.

Además, el sostenimiento de este estado de cosas implica una distribución inadecuada de recursos humanos y financieros, que impide la reestructuración del sistema sanitario en base a criterios de abordaje científicamente actualizados. Así es como del presupuesto actual provincial en salud mental, el 75% del mismo es absorbido por las instituciones manicomiales aún existentes en la provincia, con desmedro de los abordajes comunitarios, ambulatorios, rehabilitatorios, etc.

En cuanto al **recurso humano**, del análisis de la grilla de personal actualmente existente en el sistema de salud mental, se observa una alta concentración de personal en las instituciones manicomiales, al servicio del abordaje predominantemente farmacológico y de la reclusión prolongada, a veces de por vida, de los padecientes, retroalimentándose el perimido modelo manicomial vulnerador de derechos.

Estas instituciones demandan gran cantidad de personal de **enfermería**, principal custodio de la reclusión y de la farmacoterapia. Estos profesionales quedan *entrampados* en la antigua lógica custodial, persistente aún hoy día, en desmedro de las nuevas concepciones prestacionales que tienden al cuidado de la salud, asistencia a la persona, acompañamiento terapéutico, etc.

En cuanto a los **psiquiatras**, su rol en estas instituciones se centra principalmente en la prescripción farmacológica basada en la sintomatología y en la estadía y convivencia del paciente dentro de la institución, tendiente a evitar la conflictiva de la organización hospitalaria.

El **trabajador social**, a la vez, al estar inserto en este tipo de estructura, orienta básicamente su tarea en torno a la administración de los bienes personales de los pacientes, la tramitación de oficios judiciales, gestión de subsidios, etc, en desmedro de su rol fundamental que es el de abordar las condiciones sociales en cuyos marcos se expresa la sintomatología que manifiestan las personas.

Con respecto al **psicólogo**, en cuanto al abordaje de estos pacientes crónicos, su rol se centra principalmente en la atención posterior a la medicación ante una descompensación en el marco institucional. A esta altura la subjetividad del paciente se halla arrasada no solo por las secuelas de la enfermedad, sino también por el orden institucional despersonalizador y destructor de vínculos. Las posibilidades psicoterapéuticas se han reducido al mínimo y el psicólogo actúa un rol limitado y profesionalmente frustrante.

Esta sensación de frustración no es privativa de los psicólogos sino que abarca al conjunto de los profesionales de la institución que están entrapados en estos mecanismos que sirven al sostenimiento de la estructura manicomial. El profesional de la salud mental se halla limitado por los “mandatos instituidos”, social e institucionalmente, en cuanto su potencial desarrollo y ejercicio profesional.

Cabe destacar que los profesionales insertos en las instituciones manicomiales no son los únicos sostenedores: “involuntarios”, “voluntarios” o “funcionales” del “sistema manicomial”, ya que la “lógica manicomial” atraviesa toda la estructura del sistema de salud mental construido a partir del “paradigma manicomial”.

En este contexto, los **nuevos paradigmas** en salud mental, sostenidos hoy día mayoritariamente por los **profesionales de los equipos interdisciplinarios** en salud mental, ocupan aún un lugar subsidiario y secundario a las visiones vigentes y hegemónicas, centradas en el paradigma: positivista-biologista-conductual y jurídico-normativo-moral.

De lo contrario no se podría explicar como es que solo el 25% del presupuesto provincial de salud mental se asigna al sostenimiento de los servicios ambulatorios de salud mental en hospitales generales; a los nuevos dispositivos en salud mental, tales como los hospitales de día, casas y residencias; y a los equipos insertos en la comunidad para la promoción, protección, prevención, asistencia y reinserción social; así como a los casi inexistentes programas de abordaje integral – intersectorial e interjurisdiccional - de las complejas problemáticas psicosociales prevalentes.

En este análisis del recurso humano en salud mental, se observa que las tres cuartas partes del presupuesto se consumen en el sostenimiento de una estructura de “hotelería en salud mental” de altísimo costo económico, para atender a solo 1.200 personas en un contexto potencialmente iatrogenizante y vulnerador de derechos, mientras que el cuarto restante del presupuesto se insume en lo que debe ser la principal función del sistema sanitario: la protección y atención de la salud mental de toda la población.

A veces esta situación se manifiesta en los **medios de comunicación** masiva en los que, más allá de la denuncia pública de este estado de cosas, se expresan reclamos *funcionales* al sostenimiento y continuidad de las **prácticas manicomiales**, mediante el

pedido de mayores y mejores estructuras edilicias, aumento del número de camas y de recursos profesionales para “estas instituciones”.

Este abordaje mediático revela una realidad a medias, al preguntar sobre las consecuencias de la reclusión manicomial y no a sus causas, quedando silenciada la pregunta fundamental: *¿Qué hace este paciente aquí, confinado en este lugar desde hace 25 años, sin poder vivir en su ámbito vital natural: la comunidad?*. Pregunta que debe hacerse además, y principalmente, el sistema sanitario provincial.

Se devela así la permanencia de un sistema de salud mental socialmente injusto, potencialmente iatrogénico, económicamente costoso y con una inequitativa distribución de recursos humanos, mal utilizados en cuanto a su potencial desarrollo y capacidad transformadora en pos de la salud mental de la población.

8. Movimiento “instituyente” en salud mental, con enfoque de derechos:

La visión positivista y el abordaje biólogo y conductual en el campo de la salud, por un lado, y el discurso jurídico normativo, por el otro, se han retroalimentado mutuamente a lo largo de décadas y han “instituido” en alto grado los dispositivos institucionales y las prácticas profesionales.

Se hace necesario por lo tanto, y en primer lugar, el develamiento de las premisas subyacentes a este estado de cosas para poder avanzar en el movimiento “instituyente” que surge a partir de los nuevos paradigmas científicos, tanto en el campo de la salud mental como en el campo Jurídico.

Estos intentos de instituir nuevos paradigmas científicos, sanitarios y jurídicos, colisionan con aquellos actores institucionales que aún sostienen las viejas visiones; se generan conflictos institucionales y comunicaciones disfuncionales, en los que se dirimen cuestiones de poder y pretensiones disciplinares y teóricas hegemónicas.

La primer tarea en la dirección de los cambios que son necesarios establecer en el nuevo contexto paradigmático y legal, es la transformación de las prácticas y dispositivos institucionales, en el marco de la Ley 9848.

La Ley se basa fundamentalmente en el respeto de los derechos de las personas y en la protección de aquellas que atraviesan por situaciones de vulnerabilidad psicosocial. Asimismo se establece que las acciones en salud mental deben estar dirigidas al restablecimiento de la salud en la medida de lo posible, y a la inserción e integración social de los padecientes.

Con respecto a los diagnósticos y tratamientos se establece que:

El padecimiento mental no debe considerarse inmodificable bajo ninguna circunstancia y que la existencia de un diagnóstico en salud mental no autoriza a presumir peligrosidad, debiendo ser esta evaluada interdisciplinariamente por profesionales de salud mental.

Con respecto al sistema sanitario en salud mental, se plantea la desmanicomialización, la desjudicialización, la implementación de la estrategia de APS en salud mental y la creación de dispositivos de abordaje acordes a los nuevos paradigmas en salud mental.

Estos cambios solo serán posibles en el contexto de un estado de derecho y democrático que propicie el debate interdisciplinario, intersectorial e interjurisdiccional; como único modo de dismantelar los argumentos y prácticas autocráticas y hegemónicas que terminan siendo violatorias de los derechos esenciales de las personas.

El marco propicio para la construcción social de los conocimientos, a nivel profesional, es el trabajo interdisciplinario que permite exponer, debatir, consensuar e integrar las diferentes miradas disciplinares y teóricas, de un campo complejo y multidimensional como es el de la salud mental; incluidas las diferentes perspectivas de las ciencias jurídicas y sociales.

Y a nivel de la sociedad en conjunto: la participación ciudadana, la construcción social de las miradas acerca de la salud en general y de la salud mental en particular, la percepción del malestar psíquico y sus representaciones sociales, la definición de las problemáticas psicosociales y la estrategias de abordaje de las mismas, así como los procesos sociales de inclusión y exclusión.

En base a lo expuesto, se considera fundamental enfocar las acciones de salud mental en torno a discernir: **qué es aquello del orden de la salud, qué del orden social y qué del orden judicial;** con el fin de evitar que personas con padecimientos mentales que atraviesan por situaciones de carencia y desestructuración social o que están involucradas en procesos judiciales, queden retenidas o recluidas en el ámbito de la salud, en calidad de “internadas” solo porque las otras instancias del estado no tienen respuestas adecuadas y articuladas interjurisdiccional e intersectorialmente.

C. OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y METAS:

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar el ejercicio del derecho de la población de la Provincia de Córdoba, a la protección de la salud mental, mediante la implementación de un sistema sanitario que asegure un abordaje basado en los nuevos paradigmas y en criterios científicos actualizados, en el marco de la Ley 9848.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1: asegurar la accesibilidad física, económica, social y cultural de la población al sistema provincial de salud mental, mediante la descentralización, la regionalización y la integración de redes y niveles de abordaje.

Derecho a garantizar: accesibilidad de la población a la atención en salud mental.

Estrategia 1: organización territorial e integrada del sistema provincial de salud mental.

Meta 1.a: incrementar la cantidad de zonas de integración sanitaria y de redes regionales de salud mental, con el fin avanzar hacia un nuevo reordenamiento territorial del sistema prestacional.

Meta 1.b: incrementar la cantidad de centros y/o equipos interdisciplinarios en las diferentes regiones de la provincia, con el fin de fortalecer las prestaciones en salud mental

Objetivo 2: desarrollar estrategias de intervención comunitaria, en base a los principios de la APS en salud mental, promoviendo la participación ciudadana, el autocuidado y la inclusión social.

Derecho a garantizar: protección de la salud mental y participación ciudadana.

Estrategia 2: aplicación de la APS en salud mental, en la comunidad.

Meta 2.a: aplicar nuevos proyectos de promoción, prevención y asistencia oportuna en salud mental, mediante articulaciones intersectoriales, en las diferentes comunidades de la provincia.

Meta 2.b: aplicar nuevos proyectos de rehabilitación y reinserción familiar y sociolaboral en salud mental, mediante articulaciones intersectoriales, en las diferentes comunidades de la provincia.

Objetivo 3: profundizar el proceso desmanicomializador, desinstitucionalizador y desjudicializador del sistema provincial de salud mental, mediante la transformación o readecuación de las instituciones, servicios y equipos interdisciplinarios.

Derecho a garantizar: el paciente como sujeto de derecho – inclusión social.

Estrategia 3: transformación institucional del sistema provincial de salud mental.

Meta 3.a: disminuir la cantidad de personas internadas por causas judiciales por tiempo prolongado, a partir del relevamiento de las mismas y de la propuestas de redireccionamiento articuladas con el ámbito de la justicia.

Meta 3.b: disminuir la cantidad de personas internadas por causas socio-familiares por tiempo prolongado, a partir del relevamiento de las mismas y de la propuestas de redireccionamiento articuladas con otros organismos del estado.

Meta 3.c: disminuir la cantidad de gerontes alojados en instituciones de salud mental por tiempo prolongado, a partir del relevamiento de los mismos y de las propuestas de redireccionamiento articuladas con otros organismos del estado.

Meta 3.d: disminuir la cantidad de internaciones y tiempo de internación en instituciones monovalentes, de personas que requieren de atención sanitaria en salud mental, a partir de la georreferenciación de los mismos y la implementación otras alternativas de abordaje, en las comunidades de origen.

Meta 3.e: avanzar hacia la redefinición de los perfiles de las instituciones monovalentes con internación, para adecuarlas a la legislación vigente en salud mental, considerando diferentes ejes de acción para la transformación institucional:

Meta 3.f: habilitar paulatinamente camas de internación en hospitales generales y reducir concomitantemente el número de camas de internación existentes en las instituciones monovalentes.

Meta 3.g: aumentar el número de dispositivos alternativos en salud mental (centros comunitarios, hospitales de día, casas de medio camino, residencias asistidas o protegidas, etc.), mediante proyectos articulados a las propuestas de transformación de las instituciones monovalentes y al reforzamiento de servicios de las diferentes regiones de la provincia.

Objetivo 4: garantizar el abordaje integral de las problemáticas sanitarias psicosociales prevalentes, mediante la planificación e implementación de programas de abordaje dirigidos a grupos, poblacionales o etáreos, en situación de vulnerabilidad y/o riesgo.

Derecho a garantizar: protección socio-sanitaria en salud mental.

Estrategia 4: articulación, coordinación e integración de recursos.

Meta 4.a: aumentar el número de programas de abordaje de problemáticas prevalentes, a partir de proyectos específicos articulados intersectorialmente, en todo el ámbito provincial.

Meta 4.b: organizar el subsistema infanto juevnil, mediante la conformación de la red prestacional.

Objetivo 5: redefinir la política de recursos e inversiones en salud mental, a partir del relevamiento de los recursos humanos y de infraestructura existentes, y la reasignación y/o asignación de nuevos recursos, en el marco de la Ley 9848.

Derechos a garantizar: equidad en el acceso de la población a la atención en salud mental.

Estrategia 5: distribución de recursos sanitarios en salud mental.

Meta 5.a: incrementar los recursos humanos en salud mental y/o reorientar los existentes en el marco de los procesos de transformación institucional.

Meta 5.b: incorporar nuevas disciplinas y/o roles en los equipos interdisciplinarios de salud mental.

Objetivo 6: implementar programas de actualización científica y técnica del recurso humano en salud mental, mediante la organización del sistema provincial de capacitaciones, pasantías y residencias.

Derecho a garantizar: calidad de la atención y abordaje de la salud mental científicamente actualizado.

Estrategia 6: capacitación de recursos humanos en salud mental.

Meta 6.a: aumentar el número de residentes y disciplinas, en salud mental.

Meta 6.b: aumentar el número de instancias de capacitación en salud mental.

Objetivo 7: implementar el sistema único de registro de datos y procesamiento estadístico en salud mental, como insumo de investigaciones epidemiológicas y evaluativas del sistema sanitario de salud mental.

Derecho a garantizar: información en salud mental.

Estrategia 7: sistema actualizado de información y registro de datos.

Meta 7.a: actualizar y eficientizar el registro de datos estadísticos en salud mental.

Objetivo 8: promover la vinculación institucional del Ministerio de Salud, como Órgano de Aplicación de la Ley 9848, a través de la Dirección General de Salud Mental, mediante acuerdos de cooperación y/o regulaciones con organismos estatales, entidades: académicas, deontológicas, gremiales, obras sociales, instituciones privadas, organizaciones civiles, etc., que capaciten y/o intervengan en el abordaje de la salud mental de la población.

Derecho a garantizar: protección de la salud mental de la población.

Estrategia 8: coordinación interinstitucional, interjurisdiccional e intersectorial.

Meta 8.a: incrementar las vinculaciones interinstitucionales.

D. ACTIVIDADES:

ESTRATEGIA 1: ORGANIZACIÓN TERRITORIAL INTEGRADA DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD MENTAL.

1. Rever la composición del **mapa sanitario provincial en salud mental**, con el fin de redefinir las extensas zonas de integración sanitaria actuales, centradas en las instituciones monovalentes.
Se apuntará a la organización de regiones menos extensas, territorialmente integradas, teniendo en cuenta la densidad poblacional, la demanda en salud mental, las vías de comunicación, transporte, etc.
Estas nuevas zonas tendrán como centro de referencia para internaciones o abordajes integrales a un centro comunitario en salud mental o un servicio de salud mental de un hospital general, ubicado en la ciudad cabecera de dicha región.
Este centro y/o servicio funcionará como articulador de la red regional de salud mental que incluya la totalidad de efectores, sean provinciales, municipales o privados.
2. **Constituir la Mesa Provincial de Salud Mental**, integrándola con referentes institucionales de salud mental de las diferentes regiones de la provincia, con el fin de ir conformando la nueva Red Provincial de Salud Mental, articulada intersectorialmente, en el marco de la transformación del sistema prevista en la Ley 9848.
Los referentes locales integrantes de la Mesa Provincial se abocarán, entre otras actividades, a recabar cuáles son las demandas regionales y los recursos existentes, generar propuestas de creación de nuevos dispositivos y gestión de recursos, intervenir en la organización de los sistemas locales y las redes regionales, organizar capacitaciones específicas por región, etc.

ESTRATEGIA 2: APLICACIÓN DE LA APS EN SALUD MENTAL, EN LA COMUNIDAD.

1. Actualizar el funcionamiento del **Área Comunitaria** de salud mental de Córdoba Capital, y desarrollar proyectos alternativos de abordaje comunitario, mediante el reforzamiento del recursos existente con base en los Centros de Salud, o bien mediante la implementación de Centros Integrales de Atención comunitaria en salud mental.
2. Actualizar el **Convenio** entre el Ministerio de Salud de la Provincia y la Secretaría de Salud de la **Municipalidad de Córdoba**, con el fin de acordar la distribución equitativa de recursos en salud mental en las diferentes zonas sanitarias de la Ciudad, la articulación interjurisdiccional y el abordaje conjunto de las problemáticas psicosociales prevalentes.
3. Acordar la firma de **Convenios con Municipios y Comunas del interior provincial**, en el marco de lo pautado en la Ley 9848, para la realización de acciones conjuntas, la organización de sistemas locales y regionales, y la distribución equitativa de recursos en salud mental.

ESTRATEGIA 3: TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL DEL SISTEMA
PROVINCIAL DE SALUD MENTAL.

1. Realizar el **Relevamiento** del total de pacientes internados en instituciones de salud mental, mediante instrumentos de recolección de datos diseñados a tal fin, que permitan su procesamiento estadístico, con el fin de conformar un listado por grupos de pacientes, discerniendo la problemática central de cada uno, en base a las siguientes categorías de análisis: judicial – social – geronte - psiquiátrico.
2. Acordar con el Área de Legales y con el Área de Estadísticas del Ministerio de Salud, la incorporación al **sistema informático** de las Planillas de registro mencionadas, con el fin de generar un sistema permanente y actualizado, de registro de datos de pacientes internados.
3. Implementar un **Protocolo** de procedimientos a seguir ante la internación de pacientes ordenada por el Fuero Penal, dirigido a los efectores públicos provinciales en salud mental, basado en los siguientes instrumentos legales: Principios Constitucionales, Código Procesal Penal, Ley Provincial 9848 de protección de la salud mental.
4. Proponer la creación y el funcionamiento continuo de un **Comité Ad Hoc** entre los Ministerios de Justicia y Salud, para el análisis y seguimiento de los pacientes internados por orden judicial.
5. Implementar **Protocolos** de procedimientos a seguir ante la internación de pacientes cuya principal problemática sea del orden de lo social.
6. Proponer la creación y el funcionamiento continuo de una **Comité Ad Hoc** entre los Ministerios de Desarrollo Social y Salud, para el análisis y seguimiento de los pacientes internados cuya principal problemática es de orden social.
7. Proponer desde el Ministerio de Salud la implementación conjunta, con el Ministerio de Desarrollo Social, de un **Programa** de abordaje de **la problemática gerontopsiquiátrica**.
8. Proponer desde el Ministerio de Salud la implementación conjunta con otras Áreas del Estado: **Programas** de abordaje para la problemática de **discapacidad** y/o secuelas incapacitantes producidas tanto por la cronicidad patológica como por la cronificación iatrogénica.
9. Redefinir los **perfiles de las instituciones monovalentes** con internación, para adecuarlas a la legislación vigente en salud mental, considerando diferentes ejes de acción para la transformación institucional:

Hospital Colonia Vidal Abal de Oliva:

Nuevo perfil:

Se apunta a la conformación de una institución monovalente en salud mental, con internación de pacientes agudos y/o en crisis como una instancia de tratamiento lo más breve

posible, solamente para el área programática que surja de la nueva redistribución territorial descentralizada. Será una institución abierta a la comunidad, referente zonal en salud mental y centro regional social, cultural y recreativo.

Ejes de transformación:

- Relevar la población de pacientes internados y definir grupos de pacientes según la problemática predominante: judicial – social - geronte – salud mental.
- Georreferenciar el lugar de origen de los pacientes internados y definir grupos de personas que podrían ser reinsertadas en sus comunidades de origen y atendidas localmente.
- Planificar e implementar una propuesta de trabajo con cada grupo de pacientes tendiente a la reducción de los tiempos de internación, a la reinserción social o al redireccionamiento de la atención hacia otra instancia institucional.
- Sostener el servicio de atención y/o internación de pacientes agudos.
- Sostener la atención ambulatoria de personas proveniente de la nueva área programática.
- Articular acciones con otros efectores para la reinserción social de pacientes desinternados.
- Articular con Justicia y Desarrollo Social en el ámbito de la Comisiones Ad Hoc: el redireccionamiento de pacientes con problemática judicial y/o social y/o gerontes.
- Reforzar acciones de rehabilitación, como parte del proceso terapéutico, mientras dure la internación, articulando con otros efectores la posible reinserción sociolaboral.
- Redefinir el uso de la infraestructura y proyectar las modificaciones edilicias necesarias.
- Generar nuevos proyectos de integración de la Institución con la comunidad, tales como: polo educativo, actividades deportivas, culturales, sociales, etc.
- Generar proyectos de creación de hospitales de día en las zonas o regiones de mayor concentración de pacientes georreferenciados, o a ser desinternados.

9.2. Hospital Colonia Santa María de Punilla:

Relevar la situación actual de la institución en proceso de desmanicomialización, la red de casas y residencias y el funcionamiento de la red regional.

Nuevo perfil:

Se apunta a la conformación de una institución monovalente en salud mental, con internación de pacientes agudos y/o en crisis como una instancia de tratamiento lo más breve posible, solamente para el área programática que surja de la nueva redistribución territorial descentralizada. Será una institución abierta a la comunidad, referente zonal en salud mental y centro regional social, cultural y recreativo.

Ejes de transformación:

- Relevar la población de pacientes internados y definir grupos de pacientes según la problemática predominante: judicial – social - geronte – salud mental.
- Georreferenciar el lugar de origen de los pacientes internados y definir grupos de personas que podrían ser reinsertadas en sus comunidades de origen y atendidas localmente.
- Planificar e implementar una propuesta de trabajo con cada grupo de pacientes tendiente a la reducción de los tiempos de internación, a la reinserción social o al redireccionamiento de la atención hacia otra instancia institucional.
- Sostener el servicio de atención y/o internación de pacientes agudos.
- Sostener la atención ambulatoria de personas proveniente de la nueva área programática.
- Articular acciones con otros efectores para la reinserción social de pacientes desinternados.
- Articular con Justicia y Desarrollo Social en el ámbito de la Comisiones Ad Hoc: el redireccionamiento de pacientes con problemática judicial y/o social y/o gerontes.
- Reforzar acciones de rehabilitación, como parte del proceso terapéutico, mientras dure la internación, articulando con otros efectores la posible reinserción sociolaboral.
- Redefinir el uso de la infraestructura y proyectar las modificaciones edilicias necesarias.
- Generar nuevos proyectos de integración de la Institución con la comunidad, tales como: polo educativo, actividades deportivas, culturales, sociales, etc.
- Relevar y actualizar el funcionamiento de la casa de medio camino como instancia transitoria del proceso de rehabilitación y reinserción social, en el marco del proyecto de red de alternativas terapéuticas para la reinserción social.
- Relevar y actualizar el funcionamiento de las residencias asistidas, en el marco del proyecto de red de alternativas terapéuticas para la reinserción social.
- Relevar y actualizar el funcionamiento del hospital de día y generar nuevos proyectos de creación de hospitales de día en las zonas o regiones de mayor concentración de pacientes georreferenciados, ya desinternados o a ser desinternados.

Hospital José Ceballos de Bell Ville. Serv. de Salud Mental:

Nuevo perfil:

Se apunta a la conformación de una institución monovalente en salud mental, con internación de pacientes agudos y/o en crisis como una instancia de tratamiento lo más breve posible, solamente para el área programática que surja de la nueva redistribución territorial descentralizada. Será una institución abierta a la comunidad, referente zonal en salud mental y centro regional social, cultural y recreativo.

Ejes de transformación:

- Relevar la población de pacientes internados y definir grupos de pacientes según la problemática predominante: judicial – social - geronte – discapacidad - salud mental.
- Georreferenciar el lugar de origen de los pacientes internados y definir grupos de personas que podrían ser reinsertadas en sus comunidades de origen y atendidas localmente.
- Planificar e implementar una propuesta de trabajo con cada grupo de pacientes tendiente a la reducción de los tiempos de internación, a la reinserción social o al redireccionamiento de la atención hacia otra instancia institucional.
- Sostener el servicio de atención y/o internación de pacientes agudos.
- Sostener la atención ambulatoria de personas proveniente de la nueva área programática.
- Articular acciones con otros efectores para la reinserción social de pacientes desinternados.
- Articular con Justicia y Desarrollo Social en el ámbito de la Comisiones Ad Hoc: el redireccionamiento de pacientes con problemática judicial y/o social y/o gerontes y/o discapacitados.
- Reforzar acciones de rehabilitación, como parte del proceso terapéutico, mientras dure la internación, articulando con otros efectores la posible reinserción sociolaboral.
- Redefinir el uso de la infraestructura y proyectar las modificaciones edilicias necesarias.
- Generar nuevos proyectos de integración de la Institución con la comunidad, tales como: polo educativo, actividades deportivas, culturales, sociales, etc.
- Relevar y actualizar el funcionamiento y localización de la casa de medio camino como instancia transitoria del proceso de rehabilitación y reinserción social, en el marco del proyecto de red de alternativas terapéuticas para la reinserción social.
- Generar proyectos de creación de residencias asistidas, en el del proyecto de red de alternativas terapéuticas para la reinserción social.
- Generar proyectos de creación de hospitales de día en las zonas o regiones de mayor concentración de pacientes georreferenciados, a ser desinternados.

Hospital Neuropsiquiátrico Provincial:*Nuevo perfil:*

Se apunta a la conformación de una nueva institución monovalente en salud mental que se denominará **“Instituto Provincial de Salud Mental”**, centrada en la atención interdisciplinaria de emergencias y crisis y en la internación breve como parte del proceso de tratamiento. Incluirá la atención ambulatoria de personas de la Ciudad de Córdoba en base al criterio de accesibilidad. Contará con un servicio de rehabilitación en la internación y realizará articulaciones con otros efectores para la continuidad de tratamientos y para la reinserción social. Será, además, un Centro Capacitador en salud mental.

Ejes de transformación:

- Relevar la población de pacientes internados y definir grupos de pacientes según la problemática predominante: judicial – social - geronte – salud mental.
- Georreferenciar el lugar de origen de los pacientes internados.
- Planificar e implementar propuestas de trabajo tendientes a la reducción de los tiempos de internación.
- Articular acciones con otros efectores para la reinserción social de pacientes desinternados.
- Organizar el dispositivo de atención de emergencias.
- Reforzar el área de rehabilitación al interior del internado y el abordaje intedisciplinario.
- Sostener la atención ambulatoria de personas provenientes de la Ciudad de Córdoba, en base al criterio de accesibilidad, o la derivación a otros efectores cercanos al domicilio del paciente.
- Redefinir el uso de las infraestructura y proyectar las modificaciones edilicias necesarias.
- Generar una propuesta de constitución de la Institución como Centro Capacitador.

9.5. Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción:*Nuevo perfil:*

Se apunta a la conformación de una nueva institución monovalente en salud mental, centrada en la atención interdisciplinaria de emergencias y crisis y en la internación breve como parte del proceso de tratamiento. Incluirá atención ambulatoria, servicio de rehabilitación en la internación; y realizará articulaciones con otros efectores para la continuidad de tratamientos y para la reinserción social. Será, además, un Centro capacitador, asesor y orientador acerca de la temática del abuso de sustancias.

Ejes de transformación:

- Relevar la población de pacientes internados y definir grupos de pacientes según la problemática predominante: judicial – social - geronte – salud mental.
- Georreferenciar el lugar de origen de los pacientes internados.
- Planificar e implementar propuestas de trabajo tendientes a la reducción de los tiempos de internación.
- Articular acciones con otros efectores para la reinserción social de pacientes desinternados.
- Reforzar el área de rehabilitación al interior del internado y el abordaje intedisciplinario.
- Sostener la atención ambulatoria y la derivación a otros efectores cercanos al domicilio del paciente.

- Generar una propuesta de constitución de la Institución como Centro Capacitador, asesor y orientador, en la temática del abuso de sustancias.

9.6. Centro Psicoasistencial:

Ejes de transformación:

- Planificar e implementar propuestas de trabajo interdisciplinario, tendientes a la reducción de los tiempos de internación.
- Generar una propuesta de capacitación y docencia a otros efectores en salud mental, acerca de la problemática del paciente en crisis, en conflicto con la ley penal.

9.7. Cruz del Eje Anexo:

Organización de la Institución:

- Organizar los diferentes dispositivos del sistema prestacional.
 - Planificar e implementar propuestas de trabajo interdisciplinario, tendientes a la reducción de los tiempos de internación.
 - Generar una propuesta de capacitación y docencia a otros efectores en salud mental, acerca de la problemática del paciente en crisis, en conflicto con la ley penal.
10. Relevar las necesidades de **infraestructura**, en el marco de los procesos de transformación de las instituciones monovalentes, previendo conjuntamente con el Área de Infraestructura Hospitalaria, las modificaciones necesarias en las estructuras edilicias existentes o la construcción de nuevos espacios físicos necesarios para la implementación de nuevos servicios y/o dispositivos.
 11. Revisar y adecuar **vademécum** psicofarmacológico para las instituciones de salud mental.
 12. Ampliar el **servicio de urgencia y emergencia psiquiátrica** en capital, orientado como servicio de apoyo profesional a las guardias de los hospitales generales.
 13. Redefinir los **perfiles de los servicios de salud mental de Hospitales Generales**, de Capital y del Interior, para garantizar la internación de pacientes de salud mental.
 14. Reforzar los servicios (hospitalarios y/o comunitarios) en diferentes **ciudades cabeceras** de región, del Interior Provincial.
 15. Realizar **internaciones** de personas con crisis psicopatológicas y/o agudas, en hospitales polivalentes y/o generales de la provincia.
 16. Proyectar e implementar nuevos **hospitales de días, casas de medio camino y residencias asistidas** para personas con sufrimiento psíquico, en el marco de los procesos de transformación institucional.

ESTRATEGIA 4: ARTICULACIÓN, COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN DE RECURSOS.

1. Coordinación estratégica interinstitucional e interjurisdiccional, que conlleven a la plena vigencia de los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico, realizando acciones que permitan el desenvolvimiento de la vida cotidiana de estas personas en su comunidad. (justicia, desarrollo social, educación, vivienda etc.).
3. Conformar el **Comité Intersectorial Permanente** de acuerdo a lo establecido en la Ley 9848.
2. Organización del **subsistema infanto juvenil**, articulando la red de instituciones y servicios dirigidos a la infancia y la juventud, así como los programas específicos para esta área.
3. Implementar **programas** de abordaje de **problemáticas psicosociales prevalentes**.

ESTRATEGIA 5: ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN RACIONAL DE RECURSOS EN SALUD MENTAL.

1. Relevar el **recurso humano** existente y la actual conformación de los equipos, los roles y funciones; y de ser necesario reasignar el ámbito institucional de desempeño y la función profesional en el marco de nuevos dispositivos de abordaje.
2. Reforzar la actual planta de personal, conformando **equipos interdisciplinarios** acordes a los lineamientos de la Ley 9848, en particular el reforzamiento de los servicios de salud mental de hospitales generales, los dispositivos alternativos y los proyectos de inclusión social.
3. Proyectar la conformación de **nuevos equipos** interdisciplinarios con el fin de descentralizar y regionalizar el sistema provincial de salud mental, en el marco de la creación de nuevos centros o servicios, o el reforzamiento de los existentes.

ESTRATEGIA 6: ACTUALIZACIÓN DEL RECURSO PROFESIONAL.

1. Implementar el **Área de Capacitación, Docencia e Investigación** de la Dirección General de Salud Mental que estará a cargo de las capacitaciones centrales a residentes y a efectores en salud mental y de otros actores insitucionales y sociales vinculados con el abordaje de la salud mental, articulando con los referentes de salud mental de los Comités de capacitaciones hospitalarios y con otras Áreas del Ministerio de Salud (Escuela de Especialistas – Trabajo Social – Enfermería).
2. Organizar la **Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM)**, mediante la implementación de actividades de capacitación en terreno y capacitaciones centrales, interdisciplinarias y disciplinarias.

3. Organizar el **Curso Anual de Actualizaciones Interdisciplinarias en Salud Mental**, dirigido a residentes y a efectores en salud mental, en el marco de la Ley 9848.
4. Compatibilizar los programas de capacitaciones de nivel central con los programas de **capacitación en servicio** llevados a cabo por los Comités de Capacitación de las diferentes instituciones o por los servicios de salud mental.
5. Asesorar, a los efectores de la Red, en el diseño y realización de **investigaciones epidemiológicas y evaluativas** del sistema sanitario en salud mental, cualitativas y cuantitativas.

ESTRATEGIA 7: SISTEMA ACTUALIZADO DE INFORMACIÓN Y REGISTRO DE DATOS.

1. Relevar el actual **sistema de registro de datos** y procesamiento de información en salud mental, tanto a nivel central (Ministerio de Salud) como en las diferentes instituciones y servicios de salud mental, con el fin de realizar las adecuaciones necesarias para dar cumplimiento a los actuales lineamientos en salud mental.
2. Reformular y/o generar **nuevos instrumentos de recolección de datos**, acordes a la necesidad de contar con información relevante del funcionamiento del sistema sanitario, definir políticas y planificar acciones.
3. Coordinar con las **áreas de informática y de estadísticas** del Ministerio de Salud y de las instituciones y servicios de salud mental, con el fin de incorporar los nuevos instrumentos de recolección de datos o modificar los existentes y asegurar el relevamiento de los mismo.
4. Organizar desde la Dirección General de Salud Mental, una **base de datos estadísticos** actualizada periódicamente, como insumo de decisiones operativas, formulación de proyectos, estudios epidemiológicos, investigaciones evaluativas, etc.

ESTRATEGIA 8: COORDINACIÓN INTERINSITUCIONAL.

1. Realizar un **relevamiento** de los diferentes **organismos y entidades** vinculadas al abordaje de la salud mental, con el fin de entablar relación institucional para propósitos comunes.
2. Proponer la realización de **acuerdos de mutua cooperación** en base a propuestas de acción mancomunada, relacionadas con la protección, promoción, prevención y asistencia en salud mental; así como a capacitaciones, docencia e investigación.
3. Realizar el **relevamiento de las instituciones de salud mental**, asistenciales, del ámbito privado, y organizar el **marco regulatorio** del funcionamiento de las mismas establecido en la Ley 9848, en coordinación con RUGEPRESA. .

ANEXO A

CASO CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

La causa surge el 4 de junio de 1982, el Sr. Juez a cargo del Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Criminal de Instrucción N° 16 **declaro la inimputabilidad de M.J.R., lo sobreseyó definitivamente en el sumario penal instruido en su contra por el delito de homicidio agravado, y dispuso que se mantuviera su internación en la clínica “Saint Emilien S.A.” de Capital Federal, como medida de seguridad de conformidad con lo preceptuado por el art. 34 inc. 1 del Código Penal.**

Por otra parte, dicho magistrado remitió copia de lo resuelto al señor Asesor de Menores en turno de la Justicia Nacional en lo Civil, “a los efectos que pudieran corresponder en relación a lo establecido en el art. 144 del Código Civil”.

El 11 de julio de 1983 el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 14, decreto **la interdicción civil de M.J.R. “por ser el mismo un alienado mental, demente en el sentido jurídico, revistiendo su afección mental la forma de esquizofrenia”.** Para resolver de este modo, se baso en el informe emitido por los señores profesionales del **Cuerpo Medico Forense**, quienes, entre otros aspectos, **dictaminaron acerca de la peligrosidad del causante tanto para sí como para terceros, como así también advirtieron respecto a la conveniencia de adoptar las medidas que fueran necesarias a los efectos de evitar su fuga.**

En el pronunciamiento en el cual se declaró la insania de M.J.R., la señora Jueza dispuso que el incapaz quedara bajo su exclusiva jurisdicción, decisión que no fue compartida por el magistrado del fuero de instrucción, quien resolvió que el tribunal a su cargo “ha de seguir ejerciendo en forma exclusiva y excluyente todas las medidas tutelares y de seguridad”. La disparidad de criterios motivo la contienda de competencia y la elevación de los autos a la Corte.

El 30 de diciembre de 1986, la Cámara Nacional de Apelación en lo Civil, rechazó la inhibitoria planteada por el señor juez de instrucción y dispuso que las actuaciones quedaran radicadas ante el juzgado Nacional en lo Civil N° 14.

Se esgrimió como fundamento el hecho de que **la intervención de la justicia penal de instrucción no se hallaba justificada en razón de que la inimputabilidad de M.J.R. no había sido declarada por la falta de edad legal, sino en atención a su enfermedad mental,** correspondiéndole al juez de grado en lo civil, que había decretado la interdicción del causante, la adopción de todas las medidas con relación al interdicto así como la fiscalización del régimen de internación, de conformidad con las normas pertinentes del Código Civil y la ley 22.914.

En atención a lo resuelto, el juez nacional de instrucción, el 27 de marzo 1987 dejó sin efecto la disposición tutelar que el tribunal a su cargo ejercía sobre el causante y ordenó el archivo.

Las actuaciones prosiguieron su tramitación en dicho juzgado, hasta que, el 26 de mayo de 1992, por resolución de carácter administrativa interna, de la Cámara Nacional de

Apelaciones en lo Civil, el expediente fue reasignado al Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 9, quien resuelve inhibirse por encontrarse M.J.R. en otra jurisdicción; por lo cual las actuaciones recayeron en **el Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial N° 4.**

Dicho magistrado rechazó la inhibitoria declarada por el juez Nacional en razón de considerar que fue decretada en forma tardía; y **dispuso “elear de inmediato las actuaciones a la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a fin de que dirima la cuestión de la negación de competencia”.**

Sobre lo antes mencionado **‘la Corte señala que, la sentencia del juez provincial data del 6 de noviembre de 1992. No obstante, la elevación allí dispuesta a esta corte recién fue cumplida el 18 de octubre de 2006, es decir, 14 años después’.**

“El 1 de septiembre de 2006, la madre de M.R.J. solicitó el desarchivo de las actuaciones, a los efectos de ser designada como nueva curadora en reemplazo de su esposo. El juzgado en lo Civil y Comercial N° 4, su actual titular, advirtió que las actuaciones no fueron oportunamente remitidas a la Corte Suprema de Justicia de la Nación a los efectos de dirimir la cuestión de competencia planteada y, en consecuencia, ordenó su envío a este tribunal”.

“El tribunal entiende que si bien se ha solicitado la intervención de la Corte a los efectos de resolver una contienda de competencia, en el presente proceso, a juicio de este tribunal, se han configurado circunstancias excepcionales que no pueden ser soslayadas en **atención al debido respeto que merecen los derechos y garantías de raigambre constitucional** que se encuentran en juego en casos como el de autos, que tiene como protagonista a quien se encuentra sometido a una internación psiquiátrica no voluntaria”.

“La debilidad jurídica estructural que sufren las personas con padecimientos mentales- de por sí vulnerables a los abusos- crean verdaderos “grupos de riesgos” en cuanto al pleno y libre goce de los derechos fundamentales, situación que genera la necesidad de establecer una protección normativa eficaz, tendiente a la rehabilitación y reinserción del paciente en el medio familiar y social en tanto nadie niega que las internaciones psiquiátricas que se prolongan innecesariamente son dañosas y conllevan, en muchos casos, marginación, exclusión y maltrato y no es infrecuente que conduzcan al “hospitalismo” evitable. En esta realidad, el derecho debe ejercer una función preventiva y tuitiva de los derechos fundamentales de la persona con sufrimiento mental, cumpliendo para ello un rol preponderante la actividad jurisdiccional”.

“Los pacientes institucionalizados, especialmente cuando son reclusos coactivamente –sin distinción por la razón que motivó la internación- son titulares de un conjunto de derechos fundamentales, como el derecho a la vida y a la salud, a la defensa y al respeto de la dignidad, a la libertad, al debido proceso, entre otros tantos. Sin embargo, deviene innegable que tales personas poseen estatus particulares, a partir de que son sujetos titulares de derechos fundamentales con ciertas limitaciones derivadas de su situación de reclusión”.

“Frente a tal circunstancia desigual, la regla debe ser el reconocimiento, ejercicio y salvaguardia especial de esos derechos de los que se derivan los deberes legales del sujeto pasivo – sea el estado o los particulares- y que permitan, a su vez, promover su cumplimiento”.

“En atención a la realidad anteriormente planteada resulta vital promover el conocimiento y protección concretos de los derechos fundamentales genéricos previstos en nuestro sistema constitucional y derivar de ellos el índice de los respectivos derechos personales particularizados a través de, por ejemplo, pronunciamientos judiciales”.

“Los principios de legalidad, razonabilidad, proporcionalidad, igualdad y tutela judicial de los condiciones de encierro forzoso, - sea por penas, medidas de seguridad o meras internaciones preventivas y cautelares de personas sin conductas delictivas con fundamento muchas veces en la peligrosidad presunta y como una instancia de tratamiento-, actualmente se ven fortalecidos y consolidados en la Constitución Nacional (art. 16, 17, 19, 33, 41, 43 y 75 incisos 22° y 23°), instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional (art. 25, Declaración Universal de los Derechos Humanos; Declaración Americana de los Derechos y deberes del Hombre; arts. 7, 8 y 25, Convención Americana de Derechos Humanos; arts. 7, 9, 10 y 14, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; art. 12, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) y otros convenios en vigor para el Estado Nacional (Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las Personas con Discapacidad, aprobada por ley 25.280 y en vigor desde el 14 de septiembre de 2001”.

“La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, en su resolución 46/119, del 17 de noviembre de 1991 (Documentos Oficiales de la Asamblea General, cuadragésimo sexto periodo de sesiones, Suplemento N° 49, p. 189, ONU Doc. A/46/49 – 1991-) ha adoptado los “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental”, aplicables también a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el trascurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padece una enfermedad mental (Principio 20.1)”.

Este documento –conocido como los “Principios de Salud Mental” y considerando como el estándar mas completo a nivel internacional sobre la protección de los derechos de las personas con padecimientos mentales las cuales “deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental” (Principio 20.2).

En nuestro país, corresponde destacar que, diferentes normas reconocen y protegen los derechos de las personas con discapacidad (Código Civil; Ley 22.431, 24.901, 23592; art. 36, inc. 5°, Constitución de la Provincia de Córdoba; art. 72).

Dicho marco normativo –tanto nacional como supranacional-, permite fijar **catalogo de derechos mínimos específicos para quienes padezcan trastornos psíquicos** que deben ser respetado rigurosamente. Entre ellos cabe mencionar: **a) derecho a ser informado sobre su diagnostico y sobre el tratamiento mas adecuado y menos riesgoso, b) derecho a un examen medico practicado con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional, c) derecho a negarse a recibir un determinado tratamiento o formato terapéutico, d) derecho a recibir los medios adecuados tendientes a la cura o mejoría donde la negligencia o retardos en la prestación de un tratamiento puede restar justificación a la internacion, y volverla ilegítima, e) derecho a la continuidad del tratamiento, f) derecho a la terapia farmacológica adecuada, del que se deriva que la medicación no debe ser suministrada al paciente como castigo o para conveniencia de terceros, sino para atender las necesidades de aquel y con estrictos fines terapéuticos, g) derecho a un registro preciso del proceso terapéutico y acceso a este, h) derecho a la**

confidencialidad del tratamiento, incluso después del alta o la externación, i) derecho a la reinserción comunitaria como eje de la instancia terapéutica, j) derecho a tratamiento menos represivo y limitativo posible, k) derecho a no ser discriminado por su condición.

Debido al respeto a los derechos supra enunciados debe extremarse durante el trascurso de la medida de internación. Toda internación involuntaria en los distintos supuestos en que un juez puede disponer un encierro forzoso debe, a la luz de las normativas vigentes, sustentarse exclusivamente en el padecimiento de una afección mental susceptible de internación en tanto, en un contexto terapéutico, represente la posibilidad de evitar que se concreten actos dañosos graves, inmediato e inminente, para esa persona o terceros (Principios de Salud Mental, 16.1. a) o bien que la terapéutica requiera ineludiblemente el aislamiento del paciente durante algún tiempo. De este modo, **la razonabilidad de la internación depende de su legitimación**. En este sentido, el art. 482, 1º parr. Del Código Civil ordena que “el demente no será privado de su libertad sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial”.

De resolverse **la implementación de una medida de internación, esta debe durar el tiempo mínimo e indispensable, en razón de ser un tratamiento restrictivo que debe presentarse como ultima opción, dejando sentada la regla de la libertad del paciente.** El tercer párrafo del art. 482 del Código Civil establece que de disponerse la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales, **se deberá “designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun evitarla,** si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos.”

En virtud de b dicho, la medida de privación de la libertad del paciente debe ser revisada judicialmente mediante procedimientos simples, expeditivos, dotados de la mayor celeridad y, si correspondiera prolongarla por razones terapéuticas, ello debe ser objeto de un minucioso control periódico jurisdiccional obligatorios de los motivos de internación, a los efectos de estudiar si las condiciones que determinaron su reclusión se mantienen o se modificaron en el tiempo, y siempre en el marco de los principios y garantías constitucionales mencionados. De no ser así, la internación se convierte en los hechos en una pena privativa de la libertad sin limite de duración. Incluso el codificador ha previsto que “cesado las causales que hicieron necesarias la curatela, cesa también esta por la declaración judicial que levante la interdicción” (art. 484, Cod. Civil) y que “la incapacidad no se presume” (art. 3696, Cod. Civil).

En esa inteligencia, **resulta imperioso insistir, en que apenas hayan cesado las causas que determinaron la internación, el paciente tiene el derecho al egreso, sin que ello implique dar por terminado con su tratamiento ya que el mismo puede optar por continuarlo, conforme a su derecho.**

La Corte advierte sin esfuerzo que los principios y derechos previamente enumerados resultaron conculcados casi en su totalidad. Del examen de las garantías con que debe contar toda persona al tiempo de su ingreso en una institución psiquiátrica, durante su permanencia y al momento de su egreso, surge que en ninguna de las mencionadas etapas se ha garantizado la protección de los mas elementales derechos que le asisten. En autos se carece de todo tipo de informe periódico que de resultar “muy peligroso para sí y para terceros”, se le habilitaron tanto la medida de seguridad de índole penal como la interdicción de tipo civil.

Se debe tener en cuenta que, en la practica, mas allá de que la medida de internamiento posea carácter terapéutico, se lleva a cabo una autentica privación de libertad de la persona.

Lo expresado marca la necesidad imperiosa de asegurar un reconocimiento pleno a la garantía de un debido proceso con que cuenta toda persona, que en el particular, versara sobre **una internación psiquiatrica oportuna, limitada en el tiempo y adecuada a parámetros constitucionales**, puesto que la decisión de internar como la de retener a un paciente en una institución psiquiatrica, son parte de un proceso que debe estar dotado del respeto por todas las garantías procedí mentales contra la reclusiones/enclaustramientos arbitraria/os.

Se advierte que se encuentran comprometidos **principios constitucionales que deben imperar en todo procedimiento de tipo psiquiátrico como lo son el de razonabilidad, proporcionalidad e igualdad.**

Debe tenerse presente que la internación de M.J.R. se impuso, inicialmente, en el marco de una causa penal incoada contra aquel por el delito de homicidio cuando tenia 14 años. Mas allá que con posterioridad la justicia civil haya tenido intervención, no puede perderse de vista que la restricción de la libertad, que en los hechos se le impusiera a aquel, lleva más de 25 años, y ello como consecuencia de la aplicación originaria de una medida de seguridad con contenido jurídico penal por haber cometido injusto de esa índole y haber sido declarado inimputable en los términos del art. 34, inc. 1 del Código Civil.

Es dable destacar que **M.J.R. ha permanecido privado de su libertad, de manera coactiva, mas tiempo incluso del que le habría correspondido –in abstracto- en el supuesto de haber sido condenado a cumplir el máximo de la pena previsto para el delito cometido, a la luz del instituto de la libertad (conforme la legislación vigente a ese momento). En estas condiciones, tanto el principio de proporcionalidad como el propósito de respetar el principio de igualdad, que se busco con la declaración de inimputabilidad, se ven seriamente comprometidos debido a que se muestra como irrazonable que una persona, a la que el estado no quiere castigar, se vea afectada en sus derechos en una medida mayor de la que le hubiese correspondido de haber sido eventualmente condenada como autor responsable.**

Los derechos a la libertad y a la seguridad personales deben resultar compatibles con los principios de razonabilidad, previsibilidad y proporcionalidad.

Los “Principios de Salud Mental” establecen que “no se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria, salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiatrica y solo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato e inminente al paciente o a terceros. Esas practicas no se prolongaran mas allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese propósito” (Principio 11 parr. 11)

Ante ello, no resulta indispensable que la persona deje de ser considerada peligrosa sino que debiera alcanzar con que la internación no sea entendida como el único medio terapéutico disponible, ya sea porque se cuenta con nuevos medios para contenerla o bien porque el estado de peligrosidad no fuera –constatación fehaciente- lo suficientemente grave o inminente. De allí se desprende que el solo hecho de que la persona deba ser sometido a un tratamiento psiquiátrico no resulta suficiente para disponer o mantener su internación.

En el particular, después de casi 25 años, no se advierte tratamiento alguno ni informe periódico de la evolución concreta de M.J.R., como tampoco control judicial sobre la necesidad de continuar con la privación de libertad impuesta. No luce un diagnóstico pormenorizado ni su pronóstico acerca de la patología que se le atribuye. La sola referencia a que M.J.R. padecía esquizofrenia no importó más que un rótulo de la enfermedad que no se encuentra sustentado en un examen científico riguroso. De la misma forma, ni los médicos ni los jueces intervinientes se expresaron en punto si la internación era la única medida capaz de contrarrestar el invocado peligro que M.J.R. generaría para sí o los demás y en que contexto terapéutico.

De los autos se desprende en lo relativo al control de la salud física y mental de M.R.J., que el primer examen es del 1 de noviembre de 1982, el siguiente examen se realizó cinco años después (septiembre 1987) y se reiteró al año siguiente (octubre de 1988). Siendo el último informe, ordenado por el juez titular del juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 14 el 15 de abril de 1991.

No existió actualización alguna respecto de los controles médicos, ni informes detallados acerca de eventuales tratamientos que se habría prodigado con la mira puesta en mejorar su salud a los fines de concretar su reinserción comunitaria.

Análogas inobservancias a las indicadas respecto a la protección de la salud psicofísica del causante, se han configurado en el aspecto patrimonial, el cual también es objeto de resguardo a través del proceso de insania. Al respecto, el Art. 481 del Código Civil dispone que “la obligación principal del curador del incapaz será cuidar que recobre su capacidad y a este objeto se ha de aplicar con preferencia las rentas de sus bienes”. En el sentido apuntado en el caso, no ha existido control alguno de la rendición de cuentas respecto de los fondos de la pensión graciable liquidada al causante por el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Acción Social de la Provincia de Buenos Aires.

La máxima expresión de la situación de desatención en que se encuentra M.J.R. se patetiza con el erróneo archivo de las actuaciones en la justicia provincial, entre los años 1992 y 2006. Resulta inadmisibles que durante este periodo no haya existido actividad jurisdiccional alguna en estas actuaciones tendientes a supervisar su citación, agravados por el hecho de que se hallan comprometida aquí su salud física y psíquica.

Ante conflictos de competencia como el planteado en el sub. lite, se impone como regla general el análisis en particular de la conveniencia de la actuación judicial, teniendo en miras que la solución que al respecto se adopte, debe estar al servicio de los derechos e intereses de los ajusticiables. Mas aún, no puede perderse de vista premisas en causas como la de autos en las cuales la consideración de las circunstancias fácticas tiene especial significación en virtud del carácter de los intereses que se hallan comprometidos, como son la preservación de la salud física y mental y el derecho a la libertad de las personas en los supuestos de internación sobre las cuales el juzgado debe disponer las medidas necesarias a tal fin.

Ante lo expresado se resuelve: **I) Declarar competente para conocer en las actuaciones al Juzgado de Primera Instancia en la Civil y Comercial N° 4 DEL Departamento Judicial de Morón, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas; II) Ordenar con carácter de urgente por la autoridad correspondiente, la realización de un detallado informe científico sobre el estado psicofísico y las condiciones de internación**

de M.J.R. para que obre en la causa, con expresa observancia a las pautas y principios relevados en el presente fallo. Hágase saber lo dispuesto al Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 9 y remítase en devolución los autos al Juzgado de Primera Instancia en la Civil y Comercial N° 4 del Departamento Judicial de Morón. RICARDO LUIS LORENZETTI- ELENA I. HIGHTON de NOLASCO- CARLOS S. FAYT- ENRIQUE SANTIAGO PETRACCHI- JUAN CARLOS MAQUEDA- E. RAUL ZAFFARONI- CARMEN M. ARGIBAY.

Buenos Aires, 2008

El párrafo precedente es un extracto de un fallo de la Corte Suprema de Justicia, para su análisis y opinión.-----