

LA CONSTRUCCIÓN JURÍDICA DE LA CATEGORÍA SALUD MENTAL: EL IMPACTO DE LOS CAMBIOS FORMALES EN LAS INSTITUCIONES

María Lourdes Favot¹

ORCID 0009-0000-2193-5129

lulifavot@gmail.com

Resumen

Este proyecto busca entender cómo la categoría de *salud mental* (como concepto dinámico) forma parte de un discurso legal, que en su etimología y definición, limita el alcance de la ley y clasifica a las personas posibilitando lo que Bourdieu denomina “violencia simbólica”, ejerciéndose esta por medio del uso del poder simbólico entendido como “*este poder invisible que sólo puede ejercerse con la complicidad de quienes no quieren saber que lo sufren o que incluso lo ejercen*” (Bourdieu: 2001, 88) y como un “*poder de construcción de la realidad que aspira a establecer un orden gnoseológico: el sentido inmediato del mundo (y en particular del mundo social) supone lo que Durkheim llama al conformismo lógico, es decir ‘una concepción homogénea del tiempo, del espacio, del número, de la causa, que hace posible el acuerdo entre las inteligencias*” (Bourdieu: 2001, 91-92).

Se perciben entonces tensiones entre el campo médico y el jurídico que se pretenden evidenciar ya que se sostiene que ambos se encuentran en permanente lucha por imponer sus

¹ Estudiante de la Universidad Nacional de Córdoba

definiciones y su construcción de diferentes conceptos, que podrían repercutir en el sentido común de una sociedad, construyendo realidades y significaciones. Por ello, este trabajo se centra en el análisis de la normativa en el campo de la salud mental y en los cambios institucionales en el sistema judicial y de la Salud Pública argentina, reconociendo a las normas como la expresión de un cambio formal de paradigma que posiblemente haya impactado en las instituciones.

Palabras clave: salud mental, manicomio, categorización, violencia simbólica - derecho

A CONSTRUÇÃO JURÍDICA DA CATEGORIA SAÚDE MENTAL: O IMPACTO DAS MUDANÇAS FORMAIS NAS INSTITUIÇÕES

Resumo

Este projeto busca compreender como a categoria de saúde mental (enquanto conceito dinâmico) se insere em um discurso jurídico que, em sua etimologia e definição, limita o alcance da lei e classifica as pessoas, possibilitando o que Bourdieu chama de “violência simbólica”, exercida por meio do uso do poder simbólico entendido como “*esse poder invisível que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que sofrem com ele e nem mesmo exercê-lo*” (Bourdieu: 2001, 88) e como um “*poder de construção da realidade que aspira a instaurar uma ordem gnoseológica: o sentido imediato do mundo (e em particular do mundo social) supõe o que Durkheim chama de conformismo lógico, isto é, ‘uma concepção homogênea do tempo, do espaço, do número, da causa, que torna possível o acordo entre as inteligências’*” (Bourdieu: 2001, 91-92).

Percebem-se tensões entre os campos médico e jurídico, as quais se pretende destacar, uma vez que se argumenta que ambos estão em constante luta para impor suas definições e construir diferentes conceitos, o que pode impactar o senso comum de uma sociedade, construindo realidades e significados. Portanto, este trabalho se concentra na análise de regulamentações no campo da saúde mental e nas mudanças institucionais nos sistemas judiciário e de saúde pública argentinos, reconhecendo essas regulamentações como expressão de uma mudança de paradigma formal que possivelmente impactou essas instituições.

Palavras-chave: Saúde mental, asilo, categorização, violência simbólica, direito.

THE LEGAL CONSTRUCTION OF THE MENTAL HEALTH CATEGORY: THE IMPACT OF FORMAL CHANGES ON INSTITUTIONS

Abstract

This project seeks to understand how the category of mental health (as a dynamic concept) is part of a legal discourse, which in its etymology and definition, limits the scope of the law and classifies people, enabling what Bourdieu calls “symbolic violence”, exercised through the use of symbolic power understood as “*this invisible power that can only be exercised with the complicity of those who do not want to know that they suffer from it or even exercise it*” (Bourdieu: 2001, 88) and as a “*power of construction of reality that aspires to establish a gnoseological order: the immediate meaning of the world (and in particular of the social world) supposes what Durkheim calls logical conformism, that is to say ‘a homogeneous conception of time, space, number, cause, which makes agreement between intelligences possible’*” (Bourdieu: 2001, 91-92).

Tensions are perceived between the medical and legal fields, which are intended to be highlighted, since it is argued that both are in a constant struggle to impose their definitions and construct different concepts, which could impact a society's common sense, constructing realities and meanings. Therefore, this work focuses on the analysis of regulations in the field of mental health and on institutional changes in the Argentine judicial and public health systems, recognizing these regulations as the expression of a formal paradigm shift that has possibly impacted these institutions.

Keywords: mental health, asylum, categorization, symbolic violence, law

Problema de Investigación y Fundamentación

Con este proyecto de investigación se posibilitó la realización del análisis de la génesis de las categorías que se expresan en las normas vinculadas a la Salud Mental, como así también la tensión que subyace entre los campos de poder médico y jurídico. Igualmente, se concluye en que estas concepciones son tomadas por la sociedad en sus discursos cotidianos, construyendo un sentido común que estigmatiza a personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad como son los pacientes psiquiátricos. Un desarrollo de estas conclusiones se presenta a continuación.

Uno de los institutos que se abordaron es el de las internaciones (principalmente) involuntarias, ya que, en la Ley Nacional de Salud Mental, se establecen requisitos interdisciplinarios para controlar el poder del psiquiatra, y así es el juez quien decide y dispone, con previos informes de otras áreas, la ejecución de la medida. El monitoreo de que este proceso se cumpla conforme a derecho es de extrema importancia, ya que la internación de los pacientes psiquiátricos debe ser una disposición de última *ratio* por entender a la

misma como un mecanismo que priva de la libertad a las personas que alcanza y que, bajo la lógica de instituciones monovalentes manicomiales, las excluye de la comunidad. Este proyecto sostiene y fundamenta teóricamente cómo es que los sistemas de internación han sido el producto de un discurso médico que se institucionalizó generando prácticas que controlan a la persona en la esfera social como en la construcción de su mundo privado, siendo así mismo (el poder médico) legitimado socialmente mediante mecanismos ideológicos del Estado.

Se investigó también cómo la ley nomina no solo en el campo de lo jurídico, sino también en el campo social. Así, se logró evidenciar cómo la fuerza de la ley es usada para crear realidades desde una estructura que estigmatiza tomando conceptos del campo médico para legislar, especialmente cuando se categoriza desde un discurso de la normalidad, ya que la discapacidad psíquica tiene un lugar particular al no ser tratada de la misma manera que cualquier otra discapacidad motriz o sensorial en la normativa vigente (teniendo también su determinación otras consecuencias con respecto al estado de hecho/derecho de una persona).

1. Introducción

“El Derecho siempre ha sido un mecanismo de opinión, de opresión, de control, y también de poder, en el caso de personas con capacidad restringida, primero estuvo en manos de los médicos psiquiatras exclusivamente, hoy la evaluación interdisciplinaria nos da una visión más completa de la persona de valoración obligatoria para el juez que dicta sentencia (...). La interpretación de la ley hace al concepto de la ‘otredad’ (...), a través de ella decimos quienes son los otros, quienes son las personas capaces y quienes son las personas incapaces” (Alem de Muttoni: 2016, 92).

Es clave entender que la categoría de *salud mental* (como concepto dinámico) forma parte de un discurso legal, que en su etimología y definición, limita el alcance de la ley (en la capacidad de las personas y actos que ésta pueda llevar a cabo) y clasifica a las personas posibilitando lo que Bourdieu (2001) denomina “violencia simbólica”, ejerciéndose esta por medio del uso del poder simbólico entendido como:

“este poder invisible que sólo puede ejercerse con la complicidad de quienes no quieren saber que lo sufren o que incluso lo ejercen” (P 88) y como un “poder de construcción de la realidad que aspira a establecer un orden gnoseológico: el sentido inmediato del mundo (y en particular del mundo social) supone lo que Durkheim llama al conformismo lógico, es decir ‘una concepción homogénea del tiempo, del espacio, del número, de la causa, que hace posible el acuerdo entre las inteligencias’ (P 91-92).

Se pretende en este informe desentrañar el origen de la categoría Salud Mental dentro de la Medicina (que luego sería tomado por la ley para determinar la capacidad psico-intelectual de las personas). Así mismo, posiblemente se visualicen las tensiones sociales y políticas que generan o generaron los conceptos o categorías que se crean a partir de un modelo biologicista.

En el año 2010 el Congreso de la Nación sancionó la Ley Nacional de Salud Mental², dejando sin efecto la Ley 22.914³ sobre internación y egreso de establecimientos de salud mental. Esta última regulaba todo lo referente a “personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos” desde un paradigma “rehabilitador”, donde el psiquiatra poseía el poder de decisión sobre la entrada o permanencia de personas dentro de

² Ley 26.657 publicada en el Boletín Oficial del 03-dic-2010. Número: 32041. Página: 1

³ Publicada en el Boletín Oficial del 20-sep-1983. Número: 25261. Página: 4

instituciones psiquiátricas. Con la incorporación de tratados y declaraciones internacionales sobre derechos humanos a nuestra constitución, y siguiendo la línea de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se materializan legalmente todas estas ideas sobre el respeto de la dignidad de todas las personas, con el objetivo de llegar a un cambio estructural en la forma de trabajar la Salud y la Enfermedad Mental.

2. Estado del arte y antecedentes

Los estudios sobre la relación entre el discurso legal normativo y médico son abundantes y en él confluyen diferentes perspectivas teóricas y metodológicas heterogéneas. Desde la narrativa del poder, sobre el análisis de los procesos control y exclusión, se destacan los trabajos de Michel Foucault en numerosas publicaciones, cabe mencionar *Los Anormales* (Curso en el Collège de France, 1974-1975), como así también en la *Historia de la locura en la época clásica* (1961), *el nacimiento de la clínica* (1963), entre otros títulos que evidencian las tensiones históricas de poder, y donde también se analiza la categoría del paciente psiquiátrico como funcional a determinadas formas de sociedad. Tal cómo expone el Dr. Miguel Marquez⁴ (1978):

“Foucault esboza un tema general: el del modo de existencia de los acontecimientos discursivos en una cultura. Pone de manifiesto el conjunto de condiciones que rigen, en un momento dado y en una sociedad determinada, la aparición de los enunciados, su conservación, los lazos que se establecen entre ellos, la manera en que se los agrupa en conjuntos de estatutos, el papel que desempeñan, el juego de valores de que están afectados, la manera en que están investidos en prácticas o en conductas, los principios según los cuales circulan, son reprimidos, olvidados, destruidos o reactivados” (P 1)

⁴ Departamento de Recursos Humanos OPS/OMS

Sobre la Salud y la Enfermedad, Diego Armus (2012) afirma en sus estudios que:

“en el campo de la historia de la enfermedad y la salud se fueron perfilando tres modos o estilos de abordar o narrar el pasado que despliegan énfasis diversos y también muchas superposiciones: la nueva historia de la medicina, la historia de la salud pública y la historia sociocultural de la enfermedad, (...) -esta última asume que una dolencia, mal o patología existe luego de que se ha llegado a un acuerdo que revela que se la ha percibido como tal, denominado de un cierto modo y respondió con acciones más o menos específicas” (Armus: 2012).

Desde la perspectiva de la dominación y, más precisamente sobre la violencia simbólica del Derecho, Pierre Bourdieu (2000) en el capítulo quinto (La fuerza del Derecho) de Poder, Derecho y Clases Sociales analiza cómo el Derecho ejerce su poder de conceptualización y definición a través del lenguaje jurídico:

“El imperativo del ajuste realista a las estructuras objetivas no se impone menos al poder simbólico en su forma profética, herética, anti-institucional, subversiva. Si bien el poder creador de la representación no se manifiesta nunca tan claramente en ciencia, en arte o en política como en los periodos de crisis revolucionaria, la voluntad de transformar el mundo transformando las palabras para designarlo, produciendo nuevas categorías de percepción y apreciación e imponiendo una nueva visión de las divisiones y las distribuciones, sólo tiene posibilidades de lograrlo si las profecías, evocaciones creadoras, son también, al menos en parte, previsiones bien fundadas, descripciones anticipadas: si ellas hacen llegar lo que anuncian, nuevas prácticas, nuevas costumbres y, sobre todo, nuevos grupos, es porque anuncian lo que está en vías de llegar” (P 203-204).

Siguiendo esta idea los cambios en el derecho sólo podrán realizar transformaciones en instituciones, prácticas y representaciones, si está fundado en la realidad.

De igual manera, se tendrán en cuenta las teorías del etiquetamiento para entender estigmatizaciones sociales hacia los pacientes psiquiátricos, entendiendo las categorías de desviación que propone Howard S. Becker (1963). Así mismo, son de utilidad publicaciones realizadas desde el Centro de Investigaciones Sociales y Jurídicas de la Universidad Nacional de Córdoba sobre la temática, como “Salud Mental y Derecho: reflexiones en torno a un nuevo paradigma” en 2016 coordinado por Andrés Rossetti y Natalia Monasterolo y “Salud Mental y Derecho: Derechos sociales e intersectorialidad” editado por Andrés Rossetti y Natalia Monasterolo y coordinado por Solana Yoma en 2018, donde se desarrollan diversos temas afines como son: modelos de Discapacidad/Incapacidad, repercusiones en los diferentes campos del derecho como en la educación, etc.

3. Revisando categorías: la normalidad y la desviación

Para dar una correcta aproximación a una definición sobre la desviación, se seguirá la teoría de Howard Becker sobre el etiquetamiento o *labeling approach*, quien expresa que:

“(...) los grupos sociales crean la desviación al establecer las normas cuya infracción constituye una desviación y al aplicar esas normas a personas en particular y etiquetarlas como marginales. Desde este punto de vista, la desviación no es una cualidad de acto que la persona comete, sino una consecuencia de la aplicación de reglas y sanciones sobre el “infractor” a manos de terceros. Es desviado quien ha sido exitosamente etiquetado como tal,

y el comportamiento desviado es el comportamiento que la gente etiqueta como tal” (Becker: 1963, P 28).

De esta forma y siguiendo este pensamiento, podríamos afirmar bajo esta teoría que es la sociedad la que expresa qué conducta será considerada como desviada y cual no. Así mismo cabe destacar que la respuesta/reacción de los otros (“no desviados”) también debe ser considerada como parte del problema. Entonces, el grado en que un acto será visto como desviado, dependerá también de quién lo comete y de quién se siente perjudicado por él: *“La desviación no es una cualidad intrínseca al comportamiento en sí, sino la interacción entre la persona que actúa y aquellos que responden a su accionar” (Becker: 1963, P 34).*

Como se dijo anteriormente, es la sociedad la que **expresa** la conducta desviada, pero las reglas sociales dominantes por las que se rige, son en realidad creadas por grupos sociales específicos, grupos con poder de nominación y categorización. Esto no significa que las reglas que estas etiquetas generan sean aceptadas por la opinión de todas las personas, por el contrario, son objeto de conflictos que forman parte de procesos políticos y sociales en una sociedad.

4. La Salud y la Enfermedad

Foucault a lo largo de su trayectoria académica, afirma la existencia de una sociedad punitivista que controla con categorías a las personas para definir lo bueno y malo en términos morales. Menciona que cada cultura define las desviaciones o los diferentes “trastornos” de conducta que deben ser revisados por determinadas ciencias, como es en este caso la medicina, exigiendo su intervención y la creación de aparatos de control para su corrección, adaptación o rehabilitación (Foucault: 1990): *“La enfermedad es, en una época*

determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado” (Foucault: 1990, P 21).

La creación de sistemas de clasificación no es inocente, mucho menos cuando lo que determina lo normal y lo anormal es la medicina a través de la legislación. *“La ley funciona como un Lexicón, al igual que un diccionario de términos jurídicos, establece los significantes del sistema, y tiene por objeto instituir la realidad. Decimos que instituir es dar estatuto de real a algo que no existe, la jurisprudencia es quien determina los significados de esos términos, vale decir, el alcance de cada uno en el caso concreto” (Alem de Muttoni: 2016, P 91).* Ponerles nombre a las cosas es un mecanismo de poder *“ya que la posibilidad de elegir entre dos o más palabras para dar entidad a una situación jurídica determinada desde el lenguaje es dar significado a una situación determinada” (Alem de Muttoni: 2016, P 91).*

Lo interesante de definir las conductas desviadas, es definir el orden preestablecido que ha determinado lo normal y lo patológico. Foucault reiteradas veces concluye en que siempre esa definición de lo que debe asumirse como normal (contextualizada de un tiempo y lugar) no es más que una convención de grupos de poder para definir un orden y partir de allí controlar a quienes no se adecuen; y quienes tienen el poder de hacer esa categorización, son los psiquiatras (Foucault: 1989).

Hoy se podría decir que la medicina moderna es una práctica social que ha ido transformándose a través del tiempo, pero siempre manteniendo el poder de su discurso como total y verdadero. Antes del siglo XIX, la medicina no estaba interesada en el cuerpo humano, en el proletariado. No fue hasta mitad del siglo XIX que se planteó el problema del cuerpo, la salud y la fuerza productiva de los individuos. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo corporal. *“El cuerpo es una realidad biopolítica: la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault: 1977).* *“(…) las prácticas sociales pueden llegar a*

engendrar dominios de saber que no sólo hacen que aparezcan nuevos objetos, conceptos y técnicas, si no que hacen nacer además formas totalmente nuevas de sujetos y sujetos de conocimiento” (Foucault: 2011, P 12).

A lo largo de la historia, lo que hemos conocido como normal, no habría sido más que una reestructuración del espacio cultural en la que el concepto de “normalidad” se ha ajustado al comportamiento de la libertad burguesa, que va de la mano de una nueva forma del conjunto de la práctica médica. Así mismo, culturalmente ha habido una afirmación positiva de una cultura que rechaza la locura cuando *“la gran confrontación de la razón y la sinrazón deja de hacerse en la dimensión de la libertad y cuando la razón deja de ser para el hombre una ética para convertirse en una naturaleza”* (Foucault, 1964).

En el campo de la salud mental, es importante plantear el hecho de si es la sociedad la culpable de la locura, o es simplemente una expresión individual. Franco Basaglia⁵, expresa que detrás de toda enfermedad psíquica, hay un conflicto social y que es el psiquiatra el depositario de una responsabilidad social con el fin de mantener una forma convencional de comportamiento y experiencia. Es este quien controla la norma (lo *normal*) y establece de qué forma. *“El individuo es lo que es, es una contradicción, el sano como el “enfermo”. Lo malo está en que aparentemente la definición del hombre sano es más sencilla (...) al hombre enfermo hay que enfrentarlo de algún modo, hay que catalogarlo. El problema en la psiquiatría es que la forma de catalogar no tiene una base física, entonces es el psiquiatra el que debe decidir qué cosas son y cuáles no”*⁶.

⁵ Psiquiatra italiano, reconocido como influyente en el movimiento de la antipsiquiatría (1924-1980).

⁶ Discurso en el encuentro de 1975 sobre la anti psiquiatría (organizado por iniciativa de Armando Suárez con miembros del Círculo Psicoanalítico Mexicano)

Foucault, en la “historia de la medicalización”⁷ menciona que hablar de una medicina individual caracterizada por la relación médico-enfermo remite a una medicina social. De otra forma, la medicina clínica se encuentra enmarcada dentro de una política estatal de la salud que comenzó a partir del siglo XVIII y que desde entonces no ha parado de intervenir en la sociedad. Es por esto, que podría afirmarse que discurso médico no sólo ha sido un componente accesorio que se integra y determina el accionar de un conjunto de instituciones de control. Si no que, las sociedades modernas se han estructurado gracias a todo un conjunto de terminologías médicas y biológicas que produciendo un efecto de normalización de categorías a través del lenguaje a un cuerpo social, definen alguna situación por medio de opuestos (normal-patológico). Al mismo tiempo, las racionalidades políticas empezaron a usar las racionalidades médicas para forjar un orden moral específico que debe ser cumplido. Así, mecanismos dirigidos a tratar las enfermedades y a promover el bienestar general público, empezaron a incorporarse dentro de las vidas privadas y la moralidad de los seres humanos modernos. La medicina ya no es una mera técnica importante en esa vida y esa muerte de los individuos ante las cuales las colectividades nunca son indiferentes; se convierte, en el marco de decisiones de conjunto, en un elemento esencial para el mantenimiento y el desarrollo de la colectividad (Foucault, 2012).

Entonces, cuando una persona “molesta” al orden instaurado, se la institucionaliza, esto quiere decir que se la encausa en los dispositivos creados para controlarla. Ante una acción individual “desviada”, habrá una reacción estatal por medio de diferentes mecanismos de control, rehabilitación o encierro. Para la comisión de un delito será la cárcel, para una conducta desviada o patológica en términos médicos, será a través de la institución del manicomio.

Desde la creación de la OMS, la misma ha servido como catálogo de enfermedades (físicas y mentales), que claramente demuestran que la definición de salud o enfermedad no

⁷ Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

es algo estático y objetivo (a pesar de pretenderlo). Un claro ejemplo de esto, fue el hecho de haber retirado en 2019 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) la categoría de trastorno mental a la transexualidad y el travestismo tal como ocurrió con la homosexualidad en 1990.

Luego de avances y nuevas reinterpretaciones del ser humano y su dignidad (por medio de convenciones internacionales sobre derechos humanos), hoy la OMS define a la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946).

5. La reacción a la locura: el manicomio

Para Foucault (1989) la práctica del encierro intervendría también en el ámbito personal de la conducta de los individuos, castigando por fuera del ámbito penal diferentes formas de vivir, discursos, comportamientos sexuales, etc. Él sostiene que “*el encierro interviene (...) en nombre del orden y de la regularidad. El sujeto irregular, agitado, peligroso e infame, es objeto de encierro*”.

La internación de personas en manicomios a comienzos del siglo XIX, coincidiría “*con el momento en que la locura era percibida menos en su relación al error que en relación a la conducta regularizada y normal*”. Y así todas las técnicas o los procedimientos que se pusieron en marcha en estas instituciones del siglo XIX, tenían como función principal “*convertir la figura del médico en el «dueño de la locura»: el médico es quien la hace mostrarse en su verdad (...) y quien la domina, la aplaca y la disuelve, tras haberla desencadenado sabiamente*” (Foucault: 1989, P 53).

Como siempre, se busca argumentar el poder que se ejerce a través de diversas premisas, anteriormente “*para justificar el aislamiento de los locos, Esquirol⁸ daba cinco razones fundamentales: 1) asegurar su seguridad personal y la de sus familiares; 2) librarlos de las influencias exteriores; 3) vencer sus resistencias personales; 4) someterlos por la fuerza a un régimen médico; 5) imponerles nuevos hábitos intelectuales y morales*” (Foucault: 1989, P 57).

Franco Basaglia, comprobando en el siglo XX los efectos de las prescripciones de Esquirol, afirmaba que el poder médico aumentaba tan vertiginosamente como disminuía el poder del enfermo que, por el simple hecho de convertirse en un sujeto internado, pasaba a ser un ciudadano sin derechos, abandonado a la arbitrariedad y decisión del médico que pueden hacer de él lo que quieran (Foucault, 1989).

Esta forma de encierro, y tomando las palabras de Erving Goffman, podría ser definida bajo el concepto de institución total: “*un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente*” (Goffman: 2012, P 15). En su escrito “*Internados*”, nos relata diferentes situaciones y prácticas que se llevan a cabo en el manicomio, y explica cómo se reduce una persona a un objeto. De esta forma, por ejemplo, expone cómo el personal se estructura desde lógicas de superioridad y justicia, haciendo sentir a los internos inferiores, débiles y culpables. A estos últimos, al mismo tiempo, se les manejan muchas de sus necesidades humanas por medio de la sistematización burocrática, a través de la organización de todas sus actividades, como si fueran un conglomerado indivisible de humanos. Así mismo “*El interno descubre (...) que ha perdido ciertos roles en virtud de la barrera que los separa del mundo exterior*” (Goffman: 2012, P 30), ya que también en estas instituciones “*se traspasa*

⁸ Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840). Psiquiatra francés.

el linde que el individuo ha trazado entre su ser y el medio ambiente, y se profanan las encarnaciones del yo” (Goffman: 2012, P 37).

Aun así, luego de lo expuesto, cabe resaltar el hecho de que el término “manicomio”, nombra al síntoma de una forma de organización institucional enferma que enferma, podría decirse: un dispositivo sociocultural de crueldad. Entonces **lo que define al manicomio es la lógica manicomial** (Sans, 2013):

“La protoescena manicomial en la que se hace visible la cultura de la mortificación es lo que yo llamo «la encerrona trágica». La encerrona trágica es toda situación en la que alguien que está sufriendo, para dejar de sufrir depende de alguien o algo que lo maltrata. Es una situación de dos lugares donde no hay tercero de apelación. No hay quien restablezca la ley. Cuando no se logra reparar esa situación dilemática de la encerrona mortificante se encamina a lo manicomial. Esto no se da solamente en un manicomio, se da en la escuela, en la fábrica, en el hospital general, en la política administrativa de una ciudad- donde se van perfeccionando los dos lugares: marginados /marginadores. Es el virus de la encerrona el que va creando las condiciones de manicomialización” (Ulloa: 1993).

6. El concepto de Salud y Enfermedad en el decreto-ley 22.914

En Argentina, la primera ley nacional sancionada con respecto al control de las “desviaciones mentales” fue en el año 1983 por un gobierno de facto (en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 5° del Estatuto para el proceso de Reorganización Nacional del año 1976). Lejos de ser un instrumento cuyo contenido era sobre Salud Mental,

regulaba las internaciones sin dar ninguna definición, dejando todo librado al parecer médico y a la aprobación de un juez.

No se define qué debe entenderse por *salud, salud mental o enfermedad*; sin embargo, se hace uso de términos como “*Afectado de enfermedad mental*”, y en concordancia, el Código Civil que regía en ese momento, nombraba a “dementes” en su art. 482 y categorizaba la capacidad o incapacidad de las personas, que podía ser definida por un informe psiquiátrico, con posterior aprobación en sede judicial.

Con respecto a la internación, tampoco la define pero la regulaba en el art. 1 determinando que: serán sujetos de internación los “afectados de enfermedades mentales, alcohólicos crónicos o toxicómanos” y que esta medida podrá ser solicitada “a) Por orden judicial (juez); b) A pedido del propio interesado o su representante legal; c) La autoridad policial en los supuestos y con los recaudos establecidos en el segundo párrafo del artículo 482 del Código Civil⁹; o d) En caso de urgencia, a pedido de las personas enumeradas en los incisos 1) al 4) del artículo 144 del Código Civil¹⁰. Cabe destacar que esta ley se encuentra en concordancia con el código civil vigente a ese momento, el cual fue derogado el 1 de agosto de 2015 por el Código Civil y Comercial de la República Argentina, en cual se pueden ver los cambios obtenidos de incluir a las normas nacionales los tratados internacionales de Derechos Humanos.

⁹ “Art.482.- (...) Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afecten la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico oficial (...)”.

¹⁰ “Art.144.- Los que pueden pedir la declaración de demencia son: 1ro. El esposo o esposa no separados personalmente o divorciados vincularmente; 2do. Los parientes del demente; 3ro. El Ministerio de Menores; 4to. El respectivo cónsul, si el demente fuese extranjero; 5to. Cualquier persona del pueblo, cuando el demente sea furioso, o incomode a sus vecinos”.

7. La influencia del modelo médico en la ley 22.914 y nuevas formas de concebir la discapacidad

Diferentes modelos teóricos se han encargado de explicar los diferentes procesos que ha tenido la ciencia y la sociedad en general para tratar la discapacidad. Se introduce este concepto para hablar de salud mental, ya que la cuestión de la capacidad (y sus diferentes grados) de las personas para llevar adelante actos en la vida civil, muchas veces depende de este concepto. El Código Civil y Comercial de la Nación Argentina (en vigor a partir de septiembre de 2015) en el capítulo II de su libro primero, expone este tema en particular. Por lo expuesto, es vital hablar de este concepto.

En las sociedades occidentales, durante la mayor parte del siglo XX, la discapacidad era considerada como un cuerpo o una mente defectuosa. La diversidad funcional individual o anormalidad implicaba la dependencia de la familia y de los servicios de asistencia social (muchos de los cuales debían brindarse en instituciones especializadas). La discapacidad implicaba una tragedia personal para las personas afectadas y representaba un problema para el resto de la sociedad.

El modelo médico, que podría situarse en la Antigüedad y Edad Media de las sociedades occidentales, las causas que ocasionaban la discapacidad tenían su origen en la religión principalmente (era considerada un castigo de los dioses por un pecado cometido generalmente por los padres de la persona con discapacidad, o una advertencia de los dioses acerca de que la alianza se encontraba rota y que se avecinaba una catástrofe). Socialmente, se consideraba que la persona con discapacidad no tenía nada que aportar a la comunidad (no sólo era vista como un ser improductivo, sino además una carga). A su vez, este modelo se divide en dos submodelos: el eugenésico y el de marginación. La solución social adoptada entonces, era la de prescindir de estas personas mediante el recurso a prácticas eugenésicas

o a la exclusión (en algunos casos tratándolas con caridad y asistencia, pero a través del sometimiento y la dependencia).

El segundo modelo para explicar la visión social del concepto en cuestión, es el Rehabilitador (podría situarse a partir de la primera Guerra Mundial), en cual las causas de la discapacidad eran “científicas”. Es en este momento donde se empieza a aludir a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad. Las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, si no que se entiende que pueden tener algo que aportar, aunque en la medida en que sean rehabilitadas o *normalizadas*. Por decirlo así, pueden resultar de algún modo rentable a la sociedad, pero dicha rentabilidad se encontrará supeditada a que la persona logre asimilarse a los demás — válidos y capaces— en la mayor medida de lo posible. Este modelo se sitúa en la persona y su “deficiencia”, caracterizada como una anomalía patológica que impide a la misma realizar actividades que se consideran “normales”, es decir, las que pueden realizar la mayoría de las personas que no padecen dichas diversidades funcionales.

Ya a finales de la década de los años sesenta del siglo XX, aparece el Modelo Social, donde las causas de la discapacidad son justamente sociales (preponderantemente). Aquí las raíces del problema son las limitaciones de la propia sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. En cuanto a la utilidad para la comunidad, se considera que tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas (sin discapacidad). Entonces, discapacidad es la desventaja o restricción de una actividad, causada por la organización social contemporánea que no considera, o considera en forma insuficiente, a las personas que tienen diversidades funcionales, y por ello las excluye de la participación en las actividades corrientes de la sociedad.

Este último modelo mencionado, nació apuntalando la filosofía de vida independiente, pero acompañada de unos Principios Fundamentales que describen a la discapacidad como una forma específica de opresión social. Estos principios hacen una distinción entre deficiencia (la condición del cuerpo y de la mente) y discapacidad (las restricciones sociales que se experimentan). Podría considerarse entonces que se conduce a un cambio de paradigma ya que se considera que todas las personas son iguales en dignidad, más allá de cualquier característica personal. En este punto, el término dignidad debe ser abordado desde una concepción humanística, donde por ejemplo, como sostiene la autora Martha Nussbaum:

“la dignidad no se funda en ninguna propiedad de las personas, como por ejemplo la razón u otras habilidades específicas (...) para resolver desde la teoría de la justicia la exclusión de las personas con discapacidad hace falta una nueva forma de pensar la ciudadanía, y un nuevo análisis de la cooperación social (ya no basada en el beneficio mutuo)” (Palacios: 2008, P 162).

Es por todo lo expuesto, que se afirma que las personas con discapacidad (física, mental, psicomotriz, etc.) no son:

“igualmente dignas por su esencia, por ser un —fin— en sí mismas. Las personas con discapacidad tienen el derecho a la igualdad de oportunidades, en razón de su igual humanidad, y no por ser iguales funcionalmente. (...) Probablemente el aporte más importante desde el modelo social radica en destacar y justificar que todas las personas aportan a la sociedad, sin necesidad de asimilación a la cultura dominante” (Palacios: 2008, P 164).

Uno de los conceptos claves de este nuevo paradigma, que se encuentra presente en las categorías enunciadas a través de la Ley 26.657 (que se desarrollarán más adelante), es justamente el de la *dignidad humana*, entendida ampliamente desde una concepción humanística. Los cambios en los significados y la introducción de nuevas categorías para designar a las diferentes patologías o situaciones mentales, han significado en Argentina no solo un cambio de paradigma teórico, sino también un punto de partida para la visibilización de situaciones en las que se encuentran las personas encerradas en hospitales psiquiátricos monovalentes, promoviendo su discusión en el sector público.

Retomando la idea central, la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad. Esta distinción (deficiencia-discapacidad) permitió la construcción de un modelo que fue denominado «social» o «de barreras sociales» de discapacidad. De este modo, la discapacidad en el modelo social se interpreta como el resultado de las barreras sociales y de las relaciones de poder, más que de un destino biológico ineludible. Deja de culparse a las personas con discapacidad o sus progenitores, deja de verse como una tragedia, para comenzar a verse como resultado de estas barreras; al tomarse conciencia de esto, las soluciones no se apuntan individualmente a la persona afectada, sino más bien que se encuentran dirigidas hacia la sociedad, o teniendo muy presente el contexto social en el cual la persona desarrolla su vida. A partir de dichas premisas, este modelo redefine la rehabilitación o normalización, estableciendo que éstas deben tener como objeto el cambio de la sociedad, y no de las personas. A su vez acentúa que el concepto de discapacidad no es universal, sino que varía en el tiempo, lugar, la cultura, el contexto en general.

Todo esto es clave para entender el concepto que se introduce en la Ley 26.657 sobre *Salud Mental* en el art. 3

“En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”.

8. Contexto previo a la sanción de una nueva ley sobre la Salud Mental en Argentina

Internacionalmente ya había comenzado un proceso de resignificación con respecto a las cuestiones relacionadas con la Salud Mental. Es importante seguir este proceso para comprender cómo llegan a Argentina estas ideas y entender así la razón de la ley 26.657.

Cabe destacar que debido a las condiciones de “rehabilitación” a la que eran sometidos los pacientes psiquiátricos (como por ejemplo el encierro en manicomios), fue relevante la entrada en vigor de la Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes en 1984, ya que en su artículo 16, por ejemplo, impone a los Estados parte la obligación de prevenir los actos que constituyan tratamientos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Internacionalmente, se encuentran también Los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM, 1991), donde se establecieron los estándares mínimos (a tener en cuenta al momento de su legislación) de derechos humanos para la práctica en el campo de la salud mental. Estos son claves para mejorar el tratamiento y las condiciones de vida en instituciones

de salud mental, ya que también crean protecciones contra la detención arbitraria en esas instituciones. Es aquí donde se reconocen sus derechos a vivir y a trabajar (preferentemente en comunidad) a las personas con trastornos mentales. Existen críticas al respecto sobre este documento, pero lo importante es destacar que en su momento sirvieron como eje para repensar la discapacidad y desde allí construir estructuras superadoras.

Asimismo, y siguiendo esta línea, también se encuentra la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de 1999. Los objetivos de esta Convención son los de prevenir y eliminar todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidades mentales o físicas, y también promover su plena integración en la sociedad. Esta es la primera convención internacional que trata específicamente los derechos de las personas con discapacidad. Es por esto que en el 2001 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos emitió una Recomendación sobre la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental, en la cual se exhorta a los países de la región a ratificar esta convención y a tomar medidas concretas a través de legislación y planes nacionales de salud mental, para que organicen sus servicios de salud mental comunitarios, para lograr la plena integración de las personas con trastornos mentales en la sociedad.

Existen también diferentes fuentes de interpretación de las convenciones de derechos humanos que valen destacar como la Declaración de Caracas (1990). Este instrumento (en el cual participaron en su redacción diferentes activistas, profesionales de la salud y líderes en relación a los Derechos Humanos) señala que “*Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos (...) mencionados al: a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo, C) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, d) impartir una enseñanza insuficientemente*

*vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores”*¹¹

Posteriormente, la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) en 1996, reunida en Asamblea General, redacta la Declaración de Madrid, donde son los profesionales en el campo de la Salud Mental quienes buscan proteger a sus pacientes a través de la producción de sus propias directrices y estándares de conducta y práctica profesional. Aquí, se busca abandonar viejos estándares para dar lugar a la dignidad de las personas con discapacidad y su reconocimiento como sujetos de derecho, de este modo se reconoce la independencia, la voluntad, los deseos. También, se reconoce la transversalidad de la cuestión de la discapacidad, ya que es la sociedad y la estigmatización desmesurada la que obstaculiza la plena satisfacción de sus derechos.

En 2005 el Ministerio de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocaron al personal gubernamental de Salud Mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la “*Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas*”, con el motivo de evaluar los desarrollos producidos desde 1990. Aquí es donde se reafirma todo lo anterior (regionalmente hablando) a través de los “*Principios de Brasilia: Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas*”. En este documento se advierte que los servicios de Salud Mental deben afrontar nuevos desafíos, no sólo técnicos sino también culturales, como por ejemplo: las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, problemática psicosocial de la niñez y adolescencia:

¹¹ DECLARACIÓN DE CARACAS. Caracas, Venezuela. 14 de noviembre de 1990 Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina. (11-14 de noviembre de 1990) Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

“el aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol; y (...) El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas”¹².

9. Sanción de la Ley 26.657¹³ sobre la protección de la Salud Mental: Cuestionamiento de la hegemonía del saber médico-psiquiatra y la importancia de la incorporación de otras disciplinas

En la reunión plenaria de comisiones¹⁴ (previa a la votación y sanción de la ley), tuvieron oportunidad de exponer diferentes profesionales para dar su opinión al respecto de determinados artículos. Este debate es de vital importancia ya que en él se exponen las tensiones entre las diferentes fuerzas que incumben en el campo de la salud mental.

Se entiende entonces que la existencia de una ley tiene importancia (más allá del hecho de que se haya previsto el cierre de los manicomios para el 2020 y aún ese objetivo no se haya logrado, se hablará de esto más adelante). Es la ley la que tiene la fuerza de determinar la legalidad o ilegalidad de determinadas conductas, para así decidir sobre los cuerpos de las personas (castigo/encierro). Y es al mismo tiempo esa ley, la que va a limitar el poder de determinados sectores para restringir el accionar sobre el cuerpo de determinadas personas

¹² Principios de Brasilia: Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas, adoptados en ocasión de la CONFERENCIA REGIONAL PARA LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL: 15 AÑOS DESPUÉS DE CARACAS”, los días 7-9 del mes de Noviembre del año 2005.

¹³ Publicada en el Boletín Oficial (del 03-dic-2010) Número: 32041 Página: 1

¹⁴ Versión taquigráfica. Cámara de Senadores de la Nación. República Argentina. Reunión plenaria de las comisiones de legislación general, de justicia y asuntos penales, de salud y deporte y de presupuesto y hacienda. Salón Eva Perón. Preside: Sra. Senadora Negre de Alonso. 23 de noviembre de 2010

(cuerpo como concepto biopolítico). En este caso, todas las atribuciones de internación conferidas a los psiquiatras, será distribuida a un equipo interdisciplinario.

Recapitulando, podría decirse entonces que la categoría de *salud mental* (como concepto dinámico) forma parte de un discurso legal, que en su etimología y definición, limita el alcance de la ley (en la capacidad de las personas y actos que ésta pueda llevar a cabo) y clasifica a las personas posibilitando lo que Bourdieu denomina “violencia simbólica”, ejerciendo esta por medio del uso del poder simbólico entendido como “*este poder invisible que sólo puede ejercerse con la complicidad de quienes no quieren saber que lo sufren o que incluso lo ejercen*” (Bourdieu: 2001, 88) y como un

“poder de construcción de la realidad que aspira a establecer un orden gnoseológico: el sentido inmediato del mundo (y en particular del mundo social) supone lo que Durkheim llama al conformismo lógico, es decir ‘una concepción homogénea del tiempo, del espacio, del número, de la causa, que hace posible el acuerdo entre las inteligencias’” (Bourdieu: 2001, 91-92).

Esta ley propone una desinstitucionalización de las personas que se encuentran internadas en manicomios, y a su vez la prohibición de la creación de nuevos espacios similares, promoviendo la transformación de los mismos en espacios que sean polivalentes o instando a crear nuevas áreas de psiquiatría en los hospitales generales. Esta visión, seguiría una línea foucaultiana donde el *manicomio* es un espacio donde el saber médico se impone y construye verdades. Construye prácticas, categorías y estigmas que se aplican al conocimiento en general, teniendo grandes repercusiones en el *sentido común* de las personas.

Esta figura de poder (el médico psiquiatra) que existía en la antigua normativa (derogada por la entrada en vigencia de la nueva ley), ejercía un rol de pseudo juez donde

éste ejercía el monopolio del saber con respecto a decidir internaciones (privaciones a la libertad). La idea central de la Ley 26.657, es la de democratizar las instituciones de salud mental otorgando también poder a otras profesiones a través de la interdisciplinariedad (agregando un control periódico que realizará el Poder Judicial sobre causas de restricción de la capacidad). Es por esto que se establece en su art. 8°:

“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”.

Esto se vió plasmado en el Código Civil y Comercial de la Nación (CCCN) cuando se establece en su art. 31 inc. c) que *“la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial”.*

Asimismo, con respecto a las restricciones a la capacidad, la ley se enmarca bajo el Principio de Capacidad explicitado en su art. 5°: *“La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad”*, también reflejado en el CCCN en su art. 22¹⁵ y art. 31 inc a.¹⁶. De esta forma, cualquier decisión que se tome sobre los actos civiles/personales de una persona, requieren una sentencia firme que así lo determine. Este acto judicial, al mismo tiempo, debe revestir todas

¹⁵ “ARTÍCULO 22.- Capacidad de derecho. Toda persona humana goza de la aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos. La ley puede privar o limitar esta capacidad respecto de hechos, simples actos, o actos jurídicos determinados”.

¹⁶ “ARTÍCULO 31.- Reglas generales. La restricción al ejercicio de la capacidad jurídica se rige por las siguientes reglas generales: a) la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial”

las exigencias que la ley le impone: interdisciplinariedad, participación de la persona afectada y revisión temporal (art. 23, 36, 37 y 40 del CCCN)¹⁷.

En su art. 11 (y siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Caracas y los Principios de Brasilia) concluye en que se le dará lugar y preferencia a las consultas ambulatorias, como así a los servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional. También establece la importancia de brindar servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como “*otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas*” (art. 11).

Esta ley, rompe con el paradigma médico-paciente, para dar lugar a un nuevo término: “usuarios de Salud Mental”. De esta forma, establece la importancia del conocimiento democratizado en cuanto al reconocimiento de la intervención del usuario en cualquier proceso que le competa y establece la obligatoriedad del consentimiento informado (art. 10¹⁸), reflejado también en el CCCN en su art. 35:

¹⁷ “ARTÍCULO 23.- *Capacidad de ejercicio. Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en este Código y en una sentencia judicial.*”

“ARTÍCULO 36.- *Intervención del interesado en el proceso. Competencia. La persona en cuyo interés se lleva adelante el proceso es parte y puede aportar todas las pruebas que hacen a su defensa.*

Interpuesta la solicitud de declaración de incapacidad o de restricción de la capacidad ante el juez correspondiente a su domicilio o del lugar de su internación, si la persona en cuyo interés se lleva adelante el proceso ha comparecido sin abogado, se le debe nombrar uno para que la represente y le preste asistencia letrada en el juicio.

La persona que solicitó la declaración puede aportar toda clase de pruebas para acreditar los hechos invocados”.

“ARTÍCULO 37.- *Sentencia. La sentencia se debe pronunciar sobre los siguientes aspectos vinculados a la persona en cuyo interés se sigue el proceso: a) diagnóstico y pronóstico; b) época en que la situación se manifestó; c) recursos personales, familiares y sociales existentes; d) régimen para la protección, asistencia y promoción de la mayor autonomía posible.*

Para expedirse, es imprescindible el dictamen de un equipo interdisciplinario”.

¹⁸ “ARTÍCULO 10. — *Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.*

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión”.

“El juez debe garantizar la inmediatez con el interesado durante el proceso y entrevistarlo personalmente antes de dictar resolución alguna, asegurando la accesibilidad y los ajustes razonables del procedimiento de acuerdo a la situación de aquél. El Ministerio Público y, al menos, un letrado que preste asistencia al interesado, deben estar presentes en las audiencias”.

Con respecto a las internaciones (voluntarias o no), y siguiendo la lógica de desmanicomialización, la ley prescribe que el proceso de atención a los usuarios y usuarias debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y (continuando con lo dicho anteriormente) en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, promoviendo los lazos con la comunidad (art. 8 de la ley 26.657). Establece en su art. 5 que *“La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado”.*

Se señala en la ley 22.657 (en clara diferencia con la ley 22.914) que las internaciones serán consideradas como un recurso terapéutico restrictivo, breve y siempre en beneficio de la persona afectada (art. 14, 15 y 16¹⁹).

¹⁹“ARTÍCULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente”.

“ARTÍCULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes”

“ARTÍCULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado

Asimismo, se encuentran muchos documentos publicados por diferentes agrupaciones de Derechos Humanos (por ejemplo el Informe del CELS –Centro de Estudios Legales y Sociales- “Cruzar el Muro”) donde denuncian el incumplimiento de la Ley con respecto a la desmanicomialización y afirman que los procesos de externación demandan de una amplia gama de articulaciones intersectoriales e interdisciplinarias para asegurar el efectivo goce de sus derechos y satisfacción de sus necesidades, es necesario que las personas puedan continuar con la atención de su salud en el ámbito de la comunidad garantizándoles la disponibilidad y accesibilidad de dispositivos residenciales y de inclusión sociolaboral:

“el diseño, implementación y evaluación de estas acciones debe incorporar un enfoque interseccional, que tenga en cuenta el impacto diferencial que tiene la internación sobre ciertos colectivos sociales, como las mujeres, las lesbianas las personas trans, de diferentes edades, particularmente expuestos a la invisibilización, a la estigmatización y a la desatención en las instituciones psiquiátricas”,

Pero afirman la necesidad de cumplir con ese objetivo ya que *“la institucionalización prolongada por motivos de salud mental es un problema social, de derechos humanos y de salud pública”* (CELS: 2020).

La cuestión de la salud mental no debería ser un tema más en la agenda política, sino un eje de partida para la Atención Primaria de la Salud:

de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria”.

“Los trastornos mentales pueden alterar la vida de los niños y adultos (...) y causar enorme sufrimiento y discapacidad. A pesar de la contribución de los trastornos mentales a la carga global de morbilidad y su influencia en el desarrollo y la productividad de la sociedad, la salud mental sigue siendo un área ignorada de la atención de salud.

Este abandono no es el resultado de la falta de tratamientos eficaces – actualmente existe una amplia gama de intervenciones sumamente eficaces para la mayoría de los trastornos mentales- sino más bien proviene del estigma, de los limitados recursos asignados y de la centralización de la atención de la salud mental en grandes hospitales psiquiátricos, desactualizados e ineficaces. La Organización Panamericana de la Salud y sus estados Miembros deben seguir abordando el estigma y descuido que han prevalecido por mucho tiempo, con la meta de mejorar la calidad de la atención en salud mental (...) La Salud Mental es el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Es un factor clave para la inclusión social y la plena participación en la comunidad y la economía. En realidad, la salud mental es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales; es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida”²⁰

²⁰ 128.º sesión del comité ejecutivo de la organización panamericana de la salud (Washington, D. C., U.S.A., 25 al 29 de junio de 2001)

10. Palabras finales

Por todo lo expuesto, podría decirse que la ley 26.657 ha representado un avance en derechos humanos ya que ha introducido una nueva forma de entender a los y las usuarias de la Salud Mental en Argentina a través de la especificación de sus derechos para el efectivo cumplimiento de los mismos. Se ha modificado sustancialmente la visión judicial con respecto a la discapacidad y (más específicamente) la salud mental, ya que ha establecido nuevos parámetros para decidir sobre estas cuestiones. También ha significado una nueva forma de proceder y trabajar en este campo, considerando nuevas disciplinas, no solo la Medicina.

La ley no sólo trajo estos cambios materiales en la legislación nacional, si no también ha visibilizado estas tensiones para echar luz sobre situaciones que se desconocían socialmente (como el estado en el que se encuentran los manicomios en Argentina). Ha puesto en la agenda pública el tema y esto ha dado lugar a exigencias sociales para el efectivo cumplimiento de la ley de salud mental. Se les ha dado a los usuarios y usuarias de la Salud Mental voz para que cuenten sus experiencias y puedan ejercer sus derechos como personas que conforman la comunidad.

Aun así, se considera que deben repensarse muchas representaciones sociales que aún están en el inconsciente colectivo y siguen excluyendo a una parte de la comunidad en base a prejuicios generados por la “locura”. La ley es un avance ya que limita el poder de quienes lo ejercen, sin embargo, los cambios no deberían dejarse librados al accionar judicial. Es clave comprender que la inserción a la comunidad es de vital importancia para liberar a las personas de los prejuicios y estigmas que aún subsisten.

Referencias bibliográficas

- Alem de Muttoni, I. L. (2016). Lenguaje y derecho. Nuevas normativas en torno a la cuestión de las personas con capacidad restringida. En A. Rossetti & N. Monasterolo (Coords.), *Salud mental y derecho. Reflexiones en torno a un nuevo paradigma*. Editorial Espartaco.
- Armus, D. (2012). Historia/historia de la enfermedad/historia de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*, 16(3), 264–271.
- Becker, H. (2009). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2001). Sobre el poder simbólico. En *Poder, derecho y clases sociales*. Desclée de Brouwer.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2020, noviembre 3). *A 10 años de la ley nacional de salud mental: propuestas para saldar una deuda histórica*. <https://www.cels.org.ar/web/2020/11/a-10-anos-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-propuestas-para-saldar-una-deuda-historica/>
- Círculo Psicoanalítico Mexicano. (2015, octubre 23). *Mesa redonda: Encuentro. 1975 (desarrollo de la antipsiquiatría)* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=7Hig8J9gBeo>
- Foucault, M. (1964). *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós.
- Foucault, M. (1977). *Revista Educación Médica y Salud*, 11(1).
- Foucault, M. (1989). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre la desviación y la dominación*. La Piqueta.
- Foucault, M. (2011). *La verdad y las formas jurídicas*. Gedisa.
- Foucault, M. (2012). *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Siglo XXI.

- Goffman, E. (2012). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (2ª ed.). Amorrortu.
- López, R. (2016). El modelo de la incapacidad/discapacidad frente a las personas con padecimientos mentales. El malestar subjetivo y la negación de derechos. En A. Rossetti & N. Monasterolo (Coords.), *Salud mental y derecho. Reflexiones en torno a un nuevo paradigma* (p. 92). Editorial Espartaco.
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Medicina e historia: El pensamiento de Michel Foucault* (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N.º 23). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/323915>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Colección CERMI N.º 36). Ediciones Cinca.
- Sans, D. (2013). *Tratar la locura: la judicialización de la salud mental*. Topía.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Paidós.

		Ley 22.914		Ley 26.657		Observaciones	
				Art.	Art.		
Salud/enfermedad	¿Qué es la salud?		No dice		Se habla de Salud Integral (donde la Salud Mental forma parte)	4	
	¿Qué es la salud mental?		No dice		<i>se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona</i>	3	
	¿Qué es la enfermedad?		No dice		No dice		
	¿Qué es la enfermedad mental?		No dice		No dice, pero especifica que las adicciones (como obstáculo para esa salud mental) deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. De cualquier manera, no habla de enfermedad mental, si no de padecimiento	4	
	¿Cómo la nombra?		Afectado de enfermedad Mental	1	Padecimiento mental	7	
	¿Qué situaciones considera		Enfermedades mentales (no específica), alcohólicos crónicos o toxicómanos	1	Adicciones y diagnósticos interdisciplinarios		
Referencia a sujetos/actores	Agentes de salud		Médico	2	Psiquiatra, psicólogo y otros profesionales afines	8	
	Pacientes	Denominación	Internado Demente (Código Civil, en el artículo 482)	1	Paciente/ Usuarios de salud mental	15	
	Equipo interdisciplinario		-		Integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.	8	
	Juez						Lo importante de la figura del Juez, es resaltar el hecho de que en la ley derogada decide en conjunto con el médico, en cambio en la nueva ley, necesita un informe con tres opiniones profesionales para decidir sobre una internación o una restricción a la capacidad de las

							personal por cuestiones vinculadas a la salud mental.
Medidas Terapéuticas	Internación	Conceptualización	No dice, directamente la regla.		La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Siempre será en el lapso más breve posible.	Art. 14 y 15	
		A Quienes	Afectados de enfermedades mentales, alcohólicos crónicos o toxicómanos	1	Personas	1	
		Quiénes	a) Por orden judicial (juez); b) A pedido del propio interesado o su representante legal; c) La autoridad policial en los supuestos y con los recaudos establecidos en el segundo párrafo del artículo 482 del Código Civil; d) En caso de urgencia, a pedido de las personas enumeradas en los incisos 1) al 4) del artículo 144 del	1	Equipo interdisciplinario	8	
			Código Civil				
		Procedimiento	Dictamen médico y aprobación en sede judicial	5	Informe interdisciplinario y control judicial		
		Dónde	Establecimientos a tal fin		Hospitales generales		
		¿Cuánto tiempo?	No dice		NOVENTA DÍAS (si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada).	24	El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. Art 23