



FLACSO
ARGENTINA

BIOÉTICA

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

UNA LECTURA BIOÉTICA DE LA LEY DE SALUD MENTAL ARGENTINA

Tesista: Mariam Alejandra Moscetta

Directora de tesis: María Fernanda Sabio

Tesis para optar por el grado académico de Magister en Bioética

Argentina - 2023

Índice

Resumen	4
Agradecimientos	5
1. 62.	<u>92.1</u>
92.1.1	92.1.1.1
92.1.1.2	112.1.1.3
132.1.1.4	142.1.1.5
162.1.2	172.1.2.1
182.1.2.2	<u>192.2</u>
222.2.1	232.2.1.1
242.2.1.2	242.2.1.3
252.2.1.4	272.2.1.5
282.2.1.6	303.
<u>333.1</u>	353.1.1
353.1.1.1	353.1.1.2
363.1.2	<u>383.2</u>
413.2.1	423.2.1.1
453.2.1.2	513.2.2
533.2.2.1	553.2.2.2
<u>563.3</u>	603.3.1
603.3.1.1	633.3.2
643.3.2.1	653.3.2.2
663.3.2.3	683.3.3
693.3.4	<u>703.4</u>
723.4.1	733.4.1.1
733.4.1.2	753.4.1.3
793.4.2	803.4.2.1
803.4.2.2	813.4.3
853.4.4	923.4.4.1
923.4.4.2	944.
955.	100

Resumen

El objetivo de esta tesis de maestría consiste en realizar un análisis de la Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental, a la luz de los enfoques de las Bioéticas Feministas, Bioética del Cuidado, Bioética de Derechos Humanos y Bioética de Intervención. A partir de fuentes bibliográficas, documentos y artículos de difusión masiva, se identifican las dimensiones bioéticas subyacentes a la ley, se elaboran argumentos para su análisis y se discuten puntos de controversia que han surgido en relación a la ley y/o su implementación. Las dimensiones bioéticas identificadas y examinadas fueron autonomía y consentimiento informado, vulnerabilidades, justicia, equidad, cuidado, opresión, beneficencia y ética de la salud pública.

Palabras claves:

Ley Nacional N°26657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental, bioéticas feministas, bioética del cuidado, bioética de derechos humanos, bioética de intervención, Argentina.

Abstract

The objective of this master's thesis is to conduct an analysis of National Law No. 26,657 on Mental Health, in light of the approaches of Feminist Bioethics, Care Bioethics, Human Rights Bioethics, and Intervention Bioethics. Using bibliographic sources, documents, and widely disseminated articles, the underlying bioethical dimensions of the law are identified, arguments are developed for its analysis, and points of controversy that have arisen regarding the law and/or its implementation are discussed. The identified and examined bioethical dimensions include autonomy and informed consent, vulnerabilities, justice, equity, care, oppression, beneficence, and public health ethics.

Keywords:

National Law N°. 26,657 on Mental Health, feminist bioethics, care bioethics, human rights bioethics, intervention bioethics, Argentina.

Agradecimientos

A mi profesión, que me ha permitido penetrar este maravilloso campo peregrino de la salud mental.

A mi familia, por su infinito amor y paciencia mientras he realizado esta Maestría.

A Ernesto y Violeta, por ser mis interlocutorxs válidxs ante las encrucijadas, a la vez que irreductibles creyentes de mi capacidad para concluir esta formación.

A mi padre, por haberme inculcado el amor a la justicia y a mi madre por su empatía inacabable.

A mis amigas y compañeras de trabajo, que han soportado mi neurosis de escritura.

A Jessica Kaufman por su generosidad y a Florencia Santi por su dedicación y dulzura.

Y especialmente, a mi directora, María Fernanda Sabio: con su agudeza, inteligencia y franqueza, fue un raíl firme por donde circuló la elaboración de este trabajo y, a la vez, una especie de fiel compañera a la distancia con quien pude compartir mis ansiedades y dudas. Los intercambios con ella y sus señalamientos fueron las huellas que abrieron el camino.

1. INTRODUCCIÓN

La Ley Nacional Nº 26.657 de Salud Mental fue sancionada en Argentina, en 2010, y marcó una línea divisoria de transformaciones en las concepciones, prácticas y políticas de salud mental en el país. Ha sido objeto de fuertes adhesiones e intensas críticas; en otras palabras, en ningún caso ha resultado indiferente.

El área general de esta tesis es el análisis de las dimensiones bioéticas que se juegan en la ley mencionada, verticales conceptuales que operan como denominadores comunes en las distintas corrientes de esta disciplina: autonomía y consentimiento informado, vulnerabilidad, justicia, opresión, equidad, entre otras; incluye también el examen de aspectos que pueden haber quedado desprotegidos por la ley.

En virtud de lo expuesto, el problema se circunscribe a realizar un análisis de la Ley Nacional Nº 26.657/2010 de Salud Mental (en adelante, LNSM), a la luz de la Bioética; esta ley es parte de un nuevo corpus legal con perspectiva de derechos en Argentina.

Se formula como un estudio teórico- reflexivo, sin pretensiones de revisión teórica exhaustiva de los conceptos, sino más bien como un intento de explorar y articular las verticales bioéticas implicadas en la LNSM. El análisis está enmarcado dentro de los enfoques de la segunda reflexión en Bioética (Luna & Salles, 2008), en particular, las Bioéticas de las corrientes feministas –con sus aportes sobre la opresión y la autonomía relacional- y de la Bioética del cuidado, que da sustento a la dimensión del cuidado en las prácticas de salud mental. A la vez, se tomará el enfoque de la Bioética de Derechos Humanos – originada en Latinoamérica, realiza una relectura de la Bioética basada en principios, pero fundada en la universalidad de los derechos humanos (en adelante, DDHH) y situada, es decir, con la impronta de las condiciones de vida y salud propias de nuestra región; dentro de este enfoque, también se remite a la llamada Bioética de Intervención, un desarrollo también regional que encuentra su campo de reflexión e intervención en las situaciones persistentes, como la pobreza extrema, el analfabetismo, la exclusión social y la injusticia estructural, propias de los países periféricos.

¿Cuáles son las verticales bioéticas implicadas en la LNSM? ¿Cómo juegan los conceptos de autonomía, vulnerabilidades, justicia, opresión o equidad en los posicionamientos contrapuestos respecto de la ley mencionada? ¿Qué fundamentos bioéticos operan como basamento en los ejes de desmanicomialización e inclusión social, sostenidos por la LNSM? ¿Qué situaciones de salud mental

podrían no quedar amparadas por la ley mencionada? ¿Cuáles son los fundamentos que sostienen los diferentes argumentos a favor o en contra de la ley 26.657 y/o su implementación?

Como ha sido anticipado, el objetivo general de esta investigación es realizar un análisis de la Ley Nacional Nº26.657/2010 de Salud Mental y su implementación, mediante las herramientas proporcionadas por los enfoques bioéticos elegidos para el análisis. Para ello, se proponen los siguientes objetivos específicos:

- 1- Identificar las dimensiones bioéticas subyacentes en las disposiciones de la LNSM y dar su fundamento teórico.
- 2- Examinar cómo juegan estas dimensiones identificadas en el análisis y argumentar sobre los distintos posicionamientos detectados.
- 3- Indagar sobre situaciones de salud mental que no están contempladas en el marco de la ley.

Este trabajo está estructurado en dos partes principales, antecedidas por la Introducción y seguidas por las Conclusiones. La Parte I, denominada “El contexto del debate”, presenta dos temas:

- 1. Salud Mental, evolución histórica del concepto y definiciones principales.
- 2. Ley Nacional Nº26.657/2010 de Salud Mental, sus ejes teóricos transversales y las

disposiciones relevantes.

La Parte II, “Verticales bioéticas en debate”, contiene tres capítulos:

- El primero, analiza el concepto de autonomía y consentimiento informado en la LNSM y expone los argumentos de la controversia en torno a las posibilidades de autonomía y/u obtención del consentimiento informado en situaciones de crisis o estados de salud mental severos.

- El segundo, discute sobre la importancia del concepto de vulnerabilidad, los aspectos relacionados a la justicia, la equidad y el estigma en relación con la Salud Mental.

- El tercero, argumenta sobre el proceso de desmanicomialización e inclusión social y sus intersecciones con la dimensión del cuidado, opresión, beneficencia y ética de la salud pública. Al finalizar, se mencionan cuáles son los aspectos que no fueron contemplados por la ley.

El capítulo final corresponde a las conclusiones.

Un estudio así planteado, puede aportar mayor visibilidad al cambio de paradigma que involucra un salto cualitativo de raíz ética producido en la concepción y abordaje de las cuestiones de salud mental, tal como aparecen sustentados en la ley mencionada. A la vez, es relevante brindar sostén desde la Bioética a la implementación integral de esta ley, no sólo en respuesta a los movimientos detractores o de sectores profesionales que pulsan fuertemente para su retroceso y/o

derogación, sino para impulsar su definitiva materialización. Establecer fundamentos éticos generales es de vital importancia para llevar a cabo las adecuaciones necesarias - y aún pendientes- en el sistema de salud mental argentino. Todavía hay un buen trecho que recorrer y las investigaciones que puedan abonar a este campo son sustanciales para dar soporte a las acciones específicas que se deben realizar en el futuro.

2. PARTE I - EL CONTEXTO DEL DEBATE

“¿Puede extrañar que la prisión se asemeje a las fábricas, a las escuelas, a los cuarteles, a los hospitales, todos los cuales se asemejan a las prisiones?” (Foucault, 2002, p. 138).

En esta primera parte se dará cuenta de los marcos referenciales e históricos en los que se contextualiza el análisis. En primer lugar, se recorrerán las condiciones del surgimiento histórico de la salud mental, definiciones y conceptos principales. Asimismo, se presentará una síntesis del recorrido en Argentina y las declaraciones sobre salud mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) que obran como antecedentes de la ley. Finalmente, se expondrán las disposiciones principales de la LNSM y los ejes que la definen, con el propósito de facilitar su ulterior análisis.

2.1 La salud mental

El nacimiento de la salud mental (en adelante, SM) es el resultado de un largo camino histórico y su surgimiento puede plantearse como el fruto de un debate de carácter eminentemente ético. Es posible trazar una suerte de línea de tiempo, con los hitos que marcaron la evolución del tratamiento de las enfermedades mentales y reconocer, allí, las raíces de índole ética que jugaron un papel trascendental en las sucesivas transformaciones. Para ello, se ubica el punto de partida en la propagación del hospital general, en el siglo XVII y el punto de llegada, en la reglamentación de la LNSM (Decreto 603/2013) en Argentina.

2.1.1 La línea de tiempo del surgimiento de la salud mental¹

2.1.1.1 *Época del “Gran Encierro”*

Se sitúa el punto de partida en el siglo XVII, época llamada del “Gran Encierro” para Foucault, quien ubica como antecedente revelador de esta etapa, el cierre de los leprosarios, con el consecuente traspaso de bienes y presupuesto económico de aquellos al hospital general. Vencida la lepra, las estructuras de los leprosarios perdurarán en su función de exclusión social durante mucho tiempo más:

¹ La fuente bibliográfica principal para el desarrollo de esta línea de tiempo abrevia en “La historia de la locura”, de Michel Foucault -publicada por primera vez en 1961-, quien establece la perspectiva que toman, a posteriori, otros autores, como Galende, Stolkiner y Ardila. También servirán de guía los escritos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina (2018), (en adelante: OPS/OMS-DNSMyA). Asimismo, se tomarán otros autores, entre ellos, quienes hacen hincapié en los hitos establecidos por el paradigma médico psiquiátrico, a los efectos de ofrecer un panorama amplio.

Desaparecida la lepra, olvidado el leproso, o casi, estas estructuras permanecerán. A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán, en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde. Los pobres, los vagabundos, los muchachos de correccional, y las ‘cabezas alienadas’, tomarán nuevamente el papel abandonado por el ladrón, y veremos qué salvación se espera de esta exclusión, tanto para aquellos que la sufren como para quienes los excluyen. Con un sentido completamente nuevo, y en una cultura muy distinta, las formas subsistirán, esencialmente esta forma considerable de separación rigurosa, que es exclusión social, pero reintegración espiritual (Foucault, 1998, p.8).

De acuerdo al autor citado, se constituye en el siglo XVII, lo que denomina “el mundo del internamiento”, que “recluye a la locura en un espacio moral de exclusión” (p.66). En los grandes internados se recluyeron a personas en situaciones marcadamente diversas: “en una vecindad indescifrable, convivían los pobres, desocupados, insensatos, presos, indigentes o prostitutas, sufriendo el régimen de las salas del “hospital general” o en los calabozos de las casas de fuerza” (p.67). Este es un “acontecimiento decisivo: el momento en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo [...]” (p.67).

Cabe subrayar que el Hospital General no asumió características de institución médica: “En su funcionamiento, o en su objeto, el Hôpital Général no tiene relación con ninguna idea médica. Es una instancia del orden, del orden monárquico y burgués [...]” (p.44), instancia que prolifera en toda Europa. Demarcó una política de separación e internación de aquellas personas que eran concebidas como un obstáculo para la sociedad (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en adelante, OPS/OMS-DNSMyA, 2018). Dice Foucault: “Desde la mitad del siglo XVII, la locura ha estado ligada a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquél su sitio natural” (1998, p.42). Encerrada, la locura es entendida como un alejamiento voluntario de la razón, como ociosidad, incapacidad para trabajar y también como una falta moral (OPS- DNSMyA, 2018). A partir de la creación del hospital general, según Foucault (1998), las personas con enfermedades mentales quedarán segregadas, no solamente en estos edificios, sino también en el imaginario social, en la cultura burguesa europea². La lógica del hospital general sella la impronta de aislamiento y exclusión de las enfermedades mentales: “Todo

² Al respecto, expresa Foucault: “Debió formarse silenciosamente, en el transcurso de largos años, una sensibilidad social, común a la cultura europea, que se manifiesta bruscamente a mediados del siglo XVII: es ella la que ha aislado de golpe esta categoría de gente destinada a poblar los lugares de internación. Para habitar los rumbos abandonados por los leprosos desde hacía mucho tiempo, se designó a todo un pueblo, a nuestros ojos extrañamente mezclado y confuso. Pero lo que para nosotros no es sino sensibilidad indiferenciada, era, con toda seguridad, una percepción claramente articulada en la mente del hombre clásico” (1998, p.48).

internado queda en el campo de esta valoración ética; mucho antes de ser objeto de conocimiento o de piedad, es tratado como sujeto moral” (Foucault, 1998, p.53).

2.1.1.2 *Época del “tratamiento moral”*

Los ideales de la Revolución Francesa repercutieron en las prácticas sociales y, también, en el modo de concebir la locura y el encierro. El hacinamiento de los enfermos mentales en los hospitales generales contradecía los ideales revolucionarios. Con este empuje, la locura como alienación, comienza a ser leída como un desorden mental y de a poco pasa a ser responsabilidad de la figura del médico. De acuerdo con Patrick Coupechoux:

La situación de la locura pondrá en aprietos a los revolucionarios de 1789, que quieren terminar con el hospital general -considerado por ellos como un símbolo de absolutismo- pero sin saber muy bien qué hacer con los locos, que no pretenden liberar. Es sin embargo en este contexto revolucionario, durante el Terror, que va a suceder un hecho fundacional, la liberación de los insensatos de Bicêtre de sus cadenas, por Philippe Pinel, médico jefe de ese hospital cerca de París. (2010, párr. 3)

El autor mencionado afirma que el gesto de Pinel abre una nueva época en la que se produce simbólicamente la fundación de la psiquiatría que va a expandirse en el transcurso del siglo XIX, pues en 1838 una ley impone en Francia la creación de un asilo por cada departamento. Opera un cambio radical en la percepción de la locura que se transforma en enfermedad; la reubica dentro de la dimensión humana, ya que -para Pinel- subsiste una parte de razón en los insensatos y es a esa razón adonde hay que dirigir la atención en su tratamiento, el “tratamiento moral”. Este tratamiento puede ser considerado como un primer intento de tener en cuenta el psiquismo de los enfermos, un psiquismo que está escindido entre razón e insensatez, lo que anticipa la visión freudiana³.

Si bien el asilo fue creado con el objetivo de generar un lugar especial para el tratamiento de los desórdenes mentales, su utilización fue la herramienta que permitió segregar la locura nuevamente (Coupechoux, 2010). Durante el siglo XIX, proliferaron grandes concentraciones asilares y, de allí en adelante, la psiquiatría se transformará en el poder que decidirá sus destinos.

Galende (1994) afirma que el tratamiento moral fue “sustentado en las grandes figuras de la moral burguesa, la familia, relaciones entre padres e hijos, la relación con la ley, el reconocimiento de la falta, la aceptación del castigo” (p. 130). El aislamiento es curativo, aparta de lo que enferma, y es

³ Con Pinel, la locura se transforma en una enfermedad, por lo que se la confía a los médicos; esta es la solución para regular el problema sin traicionar los principios de libertad de los revolucionarios. El asilo constituirá un terrible lugar de enfermedad y de alienación, no obstante, Pinel reubica la locura dentro de la dimensión humana: si queda algo de razón en cada loco, es porque el loco sigue siendo un ser humano (Coupechoux, 2010).

reforzado por la autoridad del médico, quien puede controlar todos los aspectos de la vida de su paciente, sometiéndose a una disciplina severa que Pinel llama “paternal”. Las amenazas, las recompensas, los castigos y los consuelos van creando en el enfermo “la policía interior que vigilará sus pasiones [...]” (p.131). Según el autor, Esquirol -discípulo de Pinel- desarrolló los fundamentos médicos de la psiquiatría, según la cual la locura es una afección cerebral crónica que expresa desórdenes de la voluntad, la inteligencia y las emociones: “Para él el aislamiento se legitima no como segregación sino como instrumento de curación” [...] “Los alienistas serán médicos y usarán guardapolvos blancos” (1994, p.133). Galende afirma que desde finales del s. XVIII hasta la sanción de la ley de 1838 “puede ser considerado como el momento histórico de constitución de un nuevo sector social, el de la medicina mental, hegemonizado por una nueva disciplina: la psiquiatría como especialidad de la medicina” (1994, p.133). En cuanto al desarrollo de esta disciplina, considera remarcable el proyecto positivista de Kraepelin, el modelo anatomoclínico y la psicopatología fenomenológica de Karl Jaspers, mientras que los debates principales se centraban en las dicotomías: causalidad endógena/adquirida, organogénesis/ psicogénesis, hereditario/adquirido (pp. 135-136).

2.1.1.2.1 *Surgimiento de la psiquiatría positivista*

Como ha sido referido, en la segunda mitad s. XIX, se impone el modelo anatomoclínico y surge la Psiquiatría Positivista. Aparece el primer modelo científico en la medicina⁴; el paradigma anatomo-clínico precisó la lesión en el órgano muerto y su signo en el enfermo vivo (Apreda, 2010). El diagnóstico fue aplicado a numerosas enfermedades gracias a la sistematización de los signos y síntomas agrupados en síndromes. De acuerdo a Marietán (2004), hasta comienzos del s. XIX, el examen físico del paciente tenía un lugar secundario en el diagnóstico, lo que comenzó a cambiar a partir del método anatomoclínico; se impuso el modelo médico-orgánico de la enfermedad. Así, el desarrollo de la psiquiatría, durante este siglo, se caracterizó por el intento de lograr una nosografía, que finalmente fue formulada por Kraepelin. Hubo un fuerte desarrollo de la clínica, con minuciosas descripciones conseguidas a través del estudio del curso de la historia natural de las enfermedades. Las fuentes de conocimiento – eminentemente prácticas- provinieron de los hospitales psiquiátricos, razón por la que el estudio se concentró en las grandes enfermedades mentales, es decir, las psicosis. Un exponente de peso es Charcot, quien sustentó sus teorías en el trabajo asistencial y la investigación anatomoclínica, consistente en delimitar los síntomas de la patología mental y establecer su correlato somático en la anatomía patológica (Apreda, 2010; Galende, 1994; Marietán, 2004). En términos generales, durante el s. XIX los psiquiatras se dedicaron a identificar y clasificar las enfermedades

⁴ Refiere Apreda (2010): “En 1767 con Morgagni y en 1816 con Laennec aparece el primer modelo científico en la medicina, es decir su primer paradigma: Morgagni al encontrar la lesión precisa en el órgano muerto y Laennec al hallar el signo en el enfermo vivo” (p. 82).

mentales (Apreada, 2004)⁵. Un hito que cabe mencionar es la publicación del “Tratado de psiquiatría” de Kraepelin (1856-1926), en el que se presentó una clasificación sobre la psicosis que servirá de modelo para la psiquiatría de la época (Apreada, 2010).

2.1.1.3 *Crisis del modelo psiquiátrico y nacimiento del Movimiento por la Higiene Mental*

Desde finales del s. XIX y s. XX, se produce una crisis global del modelo médico en psiquiatría. De acuerdo a Galende (1994): “Crece la conciencia social de representarse la anomalía psíquica como enfermedad, la idea de enfermedad se extiende a todo el campo cultural” (p.136). La noción de síndrome y pluralidad etiológica fueron imponiéndose, con el consecuente abandono del modelo anatomoclínico y los estudios de localización cerebral de las enfermedades mentales. Los tratamientos basados en la palabra despiertan mayor interés y se aplican en el tratamiento de las neurosis (Galende, 1994).

Aparece la psicopatología fenomenológica con Karl Jaspers, filósofo existencialista, quien en 1913 publica su Psicopatología General (Apreada, 2010). Según Galende (1994), Jaspers realiza una crítica del positivismo en psiquiatría y -desde la fenomenología- propone el método de la psicopatología, cuyo objeto es el acontecer psíquico realmente consciente. Abre, así, el camino a las psicoterapias basadas en las vivencias de los sujetos, acuñando la idea de que “el conocimiento de las alteraciones patológicas serán accesibles a través de la palabra” (p.137). A pesar de la “potencia transformadora de la fenomenología por la revalorización de la posición subjetiva” (p.138), llamativamente los fenomenólogos no pretendieron cambiar el asilo; sin embargo:

los enfermos son escuchados, se habla con ellos, se espera poder influir en su vivencia patológica por la palabra, se tiene una disposición hacia la comprensión de las relaciones entre la historia de lo vivido, la emergencia de la enfermedad, la nueva relación social en la que está atrapado por la dolencia (Galende, 1994, p. 138).

Desde comienzos del s. XX se expanden las críticas a la psiquiatría positivista y a la institución asilar, mientras se instituye el Movimiento por la Higiene Mental, las experiencias de Open-Door⁶, y el surgimiento del trabajo social, con la creación de colonias de rehabilitación (Galende, 1994, p.139). De acuerdo a Vainer (2007), el movimiento del higienismo, tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios en el conjunto social. Surgió a principios del s. XX en EEUU, con énfasis en la necesidad de la prevención, se opuso al alienismo y al monopolio de las respuestas dadas por la

⁵ La escuela francesa con Pinel, Esquirol, Georget, Leuret, Moreau de Tours, Morel y otros sustentó sus teorías en el trabajo asistencial y la investigación anatomoclínica, la que consistía en delimitar los síntomas de la patología mental y luego establecer su correlato somático en la anatomía patológica (Apreada, 2010).

⁶ Instituciones asistenciales con internación de puertas abiertas.

psiquiatría y el manicomio. La profundización del higienismo ocurrirá después con el surgimiento del Estado de bienestar y con la fundación del campo de la SM.

2.1.1.3.1 *Los efectos de la Segunda Guerra Mundial. La Declaración Universal de los Derechos Humanos abre el camino al surgimiento del campo de la Salud Mental.*

De acuerdo a Stolkiner y Solitario (2007, p. 5), tres sucesos claves se producen como consecuencia de la segunda gran guerra⁷, abriendo camino a la reforma:

1- Se produjo un aumento masivo de personas con problemas de salud mental que necesitaban asistencia, a la vez que las instituciones existentes para la atención estaban destruidas. Se volvió necesaria una reacomodación de los sistemas sanitarios, lo que hizo posible la introducción de reformas en Europa;

2- El horror de la guerra trajo aparejado un cuestionamiento profundo sobre lo humano y la cordura, las fronteras entre la razón y la locura fueron puestas en crisis; correlativamente un gran número de intelectuales, se volcaron al psicoanálisis;

3- En toda Europa hubo un ascenso de los movimientos populares que llevaron a la instalación de gobiernos democráticos con posiciones humanistas, más sensibles a los derechos de las personas y a la reforma en Salud Pública.

Cabe subrayar que 1948 es el año de creación de la Organización Mundial de la Salud⁸. La intención fue crear un organismo independiente de las decisiones políticas y de otras agencias para reforzar los lazos entre los descubrimientos médicos y las necesidades de salud, con la mayor cantidad posible de países y en forma independiente de su orientación política, con autonomía e imagen de neutralidad.

2.1.1.4 *El discurso de la salud mental*

En la década del 50 se comienza a hablar de SM, propiamente tal:

desde su implantación [...], el desarrollo de salud mental se sostiene en una ética que considera al sujeto del sufrimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia y su memoria, la dimensión conflictiva de toda existencia humana y propone al sujeto una

⁷ Galende (1994) refiere las consecuencias de la segunda gran guerra en la salud mental: "Este contexto de horror y asombro por el poder desnudado en la segunda guerra, la comparación con el poder manicomial era inevitable: ¿cómo no vincular los campos de concentración, el exterminio nazi de los enfermos mentales con las condiciones de segregación y encierro que sustentan los asilos? [...] Es evidente que el psiquiatra dispone de un poder sobre el enfermo que no ha servido para producir ningún conocimiento ni para comprender mejor sus operaciones prácticas" (pp. 140-141).

⁸ Cueto et. Al. (2011) señalan que el origen de la OMS está ligado al trabajo de los aliados por socorrer a las poblaciones civiles que iban encontrando después de conquistar los territorios europeos tomados por las potencias del Eje, a través de la Sección de Salud de la Liga de las Naciones y de la *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA).

comprensión conjunta del malestar psíquico, esto es su participación en el proceso de atención (Galende, 2008, p. 26).

Carpintero y Vainer (2018) señalan que en la segunda posguerra, el movimiento de SM había arraigado en los países centrales capitalistas. El Tercer Congreso de Higiene Mental cambió su denominación por “Tercer Congreso Internacional de Salud Mental” (Londres, 1948) y, luego del evento, el *International Comitee on Mental Hygiene* se transformó en la *World Federation for Mental Health*. Los autores afirman que “la Higiene Mental empezó a ser Salud Mental” (2018, p.2), con fuerte consenso asentado en la búsqueda de alternativas al manicomio, mediante la prevención y promoción de la SM en la comunidad. “En 1953 la OMS recomendó la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, lo cual fue cumplido parcialmente por algunos países” (Carpintero & Vainer, 2018, p.2). El campo de SM surge como un proyecto de transformación científica y política en los abordajes de los padecimientos mentales, acometiendo un salto cualitativo en las teorizaciones, dispositivos de trabajo y en la faz política. Este nuevo campo – teórico, práctico y político – va a producir un pasaje de la hegemonía de la psiquiatría a un abordaje interdisciplinario, y del manicomio -como lugar de atención- a diferentes instituciones y dispositivos de asistencia y prevención del padecimiento mental (Vainer, 2007).

De acuerdo a Sacristán (2009):

Fue después de la Segunda Guerra Mundial cuando en Inglaterra y en Estados Unidos la profunda crisis del asilo como institución terapéutica, colocó en primer plano el debate sobre las alternativas a la atención institucional, estimulado por las lecciones de la psiquiatría de guerra —como el exterminio de enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos del Tercer Reich—, y la influyente presencia del psicoanálisis en la psiquiatría estadounidense. Hacia los años sesenta se llegó a un consenso de alcance internacional sobre la necesidad de un cambio de timón en la asistencia psiquiátrica y en las políticas de salud mental. Ante el convencimiento de que los enfermos mentales ya no debían ser confinados en instituciones que los aislaban de la sociedad, se optó por promover un sistema de atención en la comunidad que pusiera fin a la segregación, pues para ese entonces ya había quedado muy claro que el manicomio, más que un espacio de cura, era un espacio de enfermedad cuyo remanente más visible era la cronificación. Pronto se acuñó el término *desinstitucionalización* para referirse a este viraje "del asilo a la comunidad", aunque luego fue desplazado por el de reformas psiquiátricas (p. 170).

En la segunda mitad del s. XX se inician los procesos de reforma psiquiátrica en el marco del nacimiento de las políticas en SM (OPS/OMS-DNSMyA, 2018). Varios fueron los factores que

confluyeron y posibilitaron estas reformas: la necesaria reconstrucción de los servicios de salud devastados tras la guerra, incorporando coberturas universales y estructuración de los sistemas; el crecimiento de las posiciones humanistas surgidas tras la guerra, que revalorizaron la defensa de los DDHH; la entrada en la escena política de sectores populares, progresistas y democráticos que se mostraron dispuestos al cambio; el acelerado desarrollo de la psicofarmacología que proveyó una herramienta inédita para controlar la sintomatología psiquiátrica que fundamentaba la reclusión (Galende, 1994). Las políticas en SM, emergentes en este período, propugnaban la desaparición de la internación prolongada, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad. Su meta era evitar los probados efectos iatrogénicos del encierro y atender la enfermedad en el contexto social de la persona, resguardando sus derechos (Stolkiner, 2003).

2.1.1.5 *Comunidad terapéutica, antipsiquiatría y psiquiatría democrática*

Experiencias alternativas se desarrollan, simultáneamente, en diferentes países. Hacia 1953, Maxwell Jones, en Inglaterra, aplica la experiencia de la comunidad terapéutica y comienza a utilizarse el concepto de psiquiatría comunitaria; en la década del 60, se suma la llamada antipsiquiatría inglesa, con Laing y Cooper. La idea central de la comunidad terapéutica consiste en considerar que todo lo que hace el paciente en el proceso de su internación sea terapéutico, su participación en la vida comunitaria es considerada como el factor esencial de resocialización. La asamblea, en la que participa toda la comunidad y donde se toman las decisiones, es el dispositivo básico (Vanier, 2000). La OMS, en 1953, a través de un comité de expertos en SM, plantea la comunidad terapéutica como modelo prioritario de asistencia psiquiátrica (OPS/OMS-DNSMyA, 2018). De acuerdo a Galende (1994), la comunidad terapéutica - concebida como un conjunto orgánico, no jerarquizado de médicos, pacientes y personal de salud administrativo- aprovecha todos los recursos institucionales; se caracteriza por la democratización, permisibilidad, libertad de comunicación, análisis de los intercambios institucionales en términos de dinámicas interpersonales y grupales, creación de espacios terapéuticos grupales y sociales de reconocimiento recíprocos -como fiestas, bailes, teatro, salidas grupales-. La asamblea comunitaria es el órgano de gestión, organización y evaluación de todas las actividades. El modelo se propaga en todo Occidente y se transforma en sinónimo del proceso de reforma asilar (p.144).

2.1.1.5.1 *La Psiquiatría Democrática. Franco Basaglia y la experiencia de Trieste.*

La experiencia realizada en el Hospital psiquiátrico de Trieste, Italia, a fines de los años 60, y que se hace particularmente fuerte en los 70, con la ley 180 (Abelaira et al., 2023)⁹ sirvió de modelo y

⁹ Según expresa Franco Rotelli, en la entrevista realizada por lxs autorxs citadxs., la ley 180/1978 (Italia), dispone que ninguna persona puede ser internada nuevamente en un manicomio.

horizonte para el proceso de transformación de la atención de las personas con enfermedades mentales, en su operación de desmanicomialización y fue de particular relevancia en la formulación de la LNSM en Argentina. Franco Basaglia, líder de la reforma italiana, propone una psiquiatría crítica en la que el asilo no admite ser reformado, ya está considerado como un lugar de depósito para los enfermos de clase baja y, por lo tanto, es necesario suprimirlo; para ello, se propone trasladar la atención de las problemáticas de SM al contexto de la comunidad y crear dispositivos de atención que cubran la demanda de asistencia que ya no cubriría el asilo (OPS/OMS-DNSMyA, 2018). Franco Rotelli, principal colaborador de Basaglia y autor del libro “Vivir sin manicomios” (2015), manifestó¹⁰:

El manicomio era como todos los otros: pabellones cerrados, alambres, barras en las ventanas. Las reglas de la ley italiana de 1904, era una ley que había instituido el hospital psiquiátrico y que, como en todo el mundo, establecía que las personas internadas no tenían derechos civiles, debían ser vigiladas, no podían salir, con una internación obligatoria, por lo cual la gente pasaba la vida dentro de estos lugares cerrados como todos los conocemos en el mundo (Abelaira et al., 2023, p. 27).

En el prólogo al libro de Rotelli (2015), Vicente Galli sostiene que la clave de la reforma psiquiátrica italiana fue el desmontaje y el cierre del manicomio, en forma simultánea al desenmascaramiento y transformación de la psiquiatría. El manicomio y la psiquiatría arcaica debían acabarse “a causa de su ineficacia terapéutica, su rol de prescripción de la custodia y la exclusión, la lesión grave a los derechos de ciudadanía, su inequidad social” (Rotelli, 2015).

De acuerdo a Abelaira et al. (2023), el sistema desarrollado en Trieste se funda en sostener, reparar o crear –si no existiesen- los lazos de la persona, es decir, los vínculos con su familia, afectos y también con su ocupación, casa y entorno. La atención de la SM es atravesada por la idea de la justicia social y se concibe como gratuita; el Estado es garante y responsable de aquella. El eje central de los tratamientos está en la no restricción de las libertades de las personas, respetar y conservar la independencia, mediante el despliegue de todos los dispositivos que puedan sostener a la persona en libertad y autonomía, como participante activa de las decisiones que atañen a su salud.

2.1.2 Salud mental en Argentina y países de la región Latinoamericana

Las principales transformaciones en el campo de la SM argentina tienen estrecha conexión con los posicionamientos, declaraciones y compromisos regionales/internacionales sobre SM, ocurridos en los últimos 40 años, por lo que - en segundo término- se reseñan las sucesivas

¹⁰ Texto de la entrevista realizada a Franco Rotelli en 2019, por Abelaira et al.

declaraciones históricas sobre SM de la OPS -OMS que actúan como antecedentes explícitos de la LNSM.

2.1.2.1 *Reseña de sucesos históricos relacionados con la salud mental en Argentina, en la región de Latinoamérica y declaraciones de la OPS / OMS sobre salud mental*

De acuerdo a la OPS/OMS-DNSMyA (2018) y a Falcone (s.f.), los primeros lugares destinados a alojar a “los locos” aparecen en Argentina en el s. XVIII; en 1770 el Hospital Santa Catalina comienza a recibir “dementes” enviados desde el cabildo (cárcel en Buenos Aires) en un lugar contiguo llamado “loquero”. Se habilita un “patio para mujeres dementes” en el Hospital General de mujeres en 1852. Luego, en 1854, por falta de espacio, se crea el Hospital de mujeres dementes, primer manicomio femenino en el predio donde hoy se encuentra emplazado el Hospital Braulio A. Moyano. En 1873 se habilita el Hospicio de las Mercedes (el que en 1949 cambia el nombre a Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres y, finalmente, en 1967 se denomina Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda).

En 1897, por influencia de Cabred, se promulga la Ley 3548 que ordena la creación de la primera colonia con el sistema Open Door, la primera en América Latina (Falcone, s.f.). Como un hito central en la historia de las instituciones psiquiátricas del país, se crea, entonces, la Colonia Nacional de Alienados en Luján, con “sujeción a las reglas del nuevo sistema escocés de hospitalización y asistencia médica de los alienados en los asilos de puertas abiertas Open Door” (Iacoponi, 1999); se quitaron las rejas y los muros que tapaban la vista exterior; tenía una lógica de unidad productiva, con tareas de agricultura, criadero de aves y cerdos, tambo y comercialización de sus productos (Falcone, s.f.). Se funda la Liga de la Higiene Mental en Argentina en 1927, con la idea de modernización del tratamiento de los alienados; su función primordial estaba centrada en la profilaxis de las enfermedades mentales y en la asistencia psiquiátrica abierta, en oposición al modelo asilar, cerrado o de internación (Falcone, 2008). En 1957, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública; el Consejo Nacional de Salud Mental estaba compuesto por Mauricio Goldemberg, Jorge García Badaraco y Raúl Usandivaras. Desde el INSM se planificó un proyecto que tenía en cuenta las recomendaciones de la OMS, la que entonces privilegiaba las comunidades terapéuticas en el abordaje de las enfermedades mentales. Se instituyó el “Plan Goldemberg” georreferenciado en Capital Federal, el que postulaba la creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y centros periféricos de SM (OPS/OMS-DNSMyA, 2018).

En 1978, la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud da origen a la Declaración de Alma Ata para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo; uno de sus puntos

centrales radicó en la afirmación de que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (PAHO, 1978).

En este trayecto, cabe destacar el proceso de transformación realizado en la provincia de Río Negro, en 1985, veinticinco años antes de la promulgación de la LNSM, con el cierre del hospital psiquiátrico en 1988 y la sanción de la ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental en 1991 (Ferro, 2010).

Las declaraciones de Caracas (OPS, 1990), Brasilia (OPS, 2005) y Panamá (OPS, 2010) constituyen claros antecedentes de la LNSM y marcaron la impronta de las concepciones de SM en Argentina. Estas declaraciones serán analizadas en el próximo apartado, por lo que solamente se anticipa que remarcan, en un movimiento ascendente, la necesidad de reestructurar la atención de la SM ligada a la estrategia de atención primaria de la salud, a partir del modelo de SM comunitaria¹¹.

En 1999, el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) fue implementado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, con el objetivo de reinsertar, en el marco de la comunidad, pacientes que necesitaban rehabilitación psiquiátrica y de promover redes sociales que funcionaran como soporte de este proceso¹² y en 2001, surge la ley 25.421 de creación del Programa de Asistencia Primaria de la SM (OPS/OMS-DNSMyA, 2018).

Durante la sesión 65° de la Asamblea General de Naciones Unidas, en 2006, se proclama la Declaración Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en Argentina Ley Nacional N° Ley 26.378/2008, con el objetivo de promover y garantizar el cumplimiento de los DDHH para las personas con discapacidad. El 2010 es el año en que la ley N° 26.657 de SM fue aprobada por el Congreso Nacional, a pocos días de la celebración del Consenso de Panamá (OPS, 2010), a la vez que se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en Argentina.

2.1.2.2 *Declaraciones y convenciones regionales/ internacionales relevantes para la salud mental.*

Las declaraciones históricas OPS / OMS de Caracas (1990), Principios Rectores de Brasilia (2005) y Consenso de Panamá (2010) reafirman la reestructuración de la atención psiquiátrica con el modelo ambulatorio-comunitario en SM con el lema "por un continente sin manicomios en el 2020". Las dos primeras constituyen un antecedente expreso de la LNSM (Art. 2, 2010).

¹¹ Al respecto señala Ferro (2010): "Una experiencia paradigmática de Salud Mental en la Comunidad en la Argentina es la de la Provincia de Río Negro con la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental de 1989, que prohíbe el manicomio y el uso del electroshock en todo el territorio provincial"(p.51).

¹² El PREA se basó en proponer la salida del hospital de los pacientes internados en condiciones de alta que enfrentaban dificultades sociales y económicas para afrontar una vida en comunidad (OPS-DNSM, 2018).

Declaración de Caracas. Fue adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la “Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (en adelante, LA) dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)” convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Surgió como consecuencia de¹³:

un análisis crítico del estado de la atención de salud mental en las Américas, que hacía ineludible su reforma (...); [se] consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención y por acciones de salvaguarda de los DDHH e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales (PAHO/OMS, 2005, p.1)

Se declara en Caracas: 1)- la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud; 2)- esta reestructuración implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; 3)- los recursos, cuidados y tratamientos deben salvaguardar la dignidad personal y los DDHH y civiles, basarse en criterios técnicamente adecuados y propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario; 4)- las legislaciones deben ajustarse a fin de asegurar el respeto de los DDHH y civiles de los enfermos mentales y de promover la organización de servicios comunitarios de SM que garanticen su cumplimiento; 5)- la capacitación del recurso humano en SM debe hacerse apuntando a un modelo de salud comunitaria y propiciando la internación psiquiátrica en los hospitales generales (PAHO, 1990, p.2).

Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. En noviembre de 2005, el Ministerio de Salud de Brasil, la OPS y OMS, convocaron a la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años Después de Caracas”, a fin de evaluar lo acontecido desde la Declaración de Caracas (1990). En esta conferencia, se reconocen avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región y que los Estados miembros adoptaron las nuevas orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud sobre la creación de sistemas sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención. Dan cuenta de ello, al mencionar experiencias exitosas en algunos países que sirven

¹³ En la conferencia se observó que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, provoca consecuencias negativas: aísla a la persona de su medio, genera mayor discapacidad social, afecta los DDHH y civiles de las personas internadas y concentra la mayor parte de los recursos financieros y humanos. La Atención Primaria de la Salud fue adoptada por la OMS - OPS y refrendada por los países miembros como la estrategia clave para la meta Salud para Todos en el Año 2000; los Sistemas Locales de Salud (SILOS) facilitan el logro de esa meta - al ofrecer mejores condiciones para programas preventivos, descentralizados y participativos, basados en las necesidades de la población. Los programas de SM y Psiquiatría, entonces, también debían orientarse en el mismo sentido (PAHO, 1990, pp. 1-2).

de referencia (Brasil, Chile, Cuba, México, Belice, Jamaica, Panamá). A la vez que se reafirman los postulados de Caracas, se reitera el papel central que corresponde a la protección de los DDHH de las personas afectadas por trastornos mentales, como también la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos, la necesidad de participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de SM, como así también la concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de SM de la población. Igualmente, se advierte que el número de camas en los hospitales psiquiátricos continúa siendo excesivo y, por contraste, exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Los servicios de SM deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales como la vulnerabilidad psicosocial y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis. (PAHO, 2023)

Consenso de Panamá. La OPS y OMS, con el co-auspicio del Gobierno de Panamá, convocaron la Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá los días 7 y 8 de octubre del 2010. En ella participaron trabajadores de SM de la Región de las Américas procedentes del sector público, autoridades nacionales de salud, representantes de organizaciones defensoras de los DDHH, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y centros colaboradores de OPS/OMS, así como usuarios de los servicios de SM y familiares (OPS-OMS, 2010). Señala Ferro (2010) que sus propósitos fueron:

fortalecer la respuesta del sector salud mediante la ejecución de intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en el campo de la salud mental en la comunidad con el objeto de eliminar las brechas financieras, de tratamiento, de formación y de información. Se cerraron las deliberaciones con la lectura del documento llamado “Consenso de Panamá”, que tiene como lema: “La década del salto hacia adelante: por un continente sin manicomios en el 2020” (p.48).

A 20 años de la declaración de Caracas, observaron que, si bien muchos fueron los avances logrados por los países, aún persisten serias limitaciones en cuanto a la implementación efectiva de políticas y planes nacionales de SM, así como de legislaciones consistentes con los instrumentos internacionales de DDHH. Se propuso, entonces, fortalecer el modelo de atención comunitaria en SM en todos los países de la región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial (OPS - OMS, 2010).

2.2 Ley Nacional Nº 26.657/2010 de Salud Mental

El Poder Legislativo Nacional sanciona en Argentina la Ley Nacional Nº26.657 de Salud Mental en 2010, con el objetivo de “asegurar el derecho a la protección de la SM de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental” (p.1). La ley alcanza a todas las personas que se encuentran en el territorio nacional, tiene jerarquía constitucional (Ley Nº 26.657/2010, art.1º) y rige para todos los efectores, tanto públicos como privados. Al respecto señalan Hermosilla y Cataldo:

fue sancionada en Argentina en diciembre de 2010, convirtiéndose en la primera que da un marco nacional a las políticas en el área mencionada. Inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental (2012, p.2).

El análisis del texto de la LNSM, revela los siguientes ejes conceptuales que, a modo de piedra angular, la articulan y cimentan:

-Enfoque de derechos: la LNSM garantiza el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental en tanto sujetos de derecho y pone de relieve el derecho humano a la salud, tal como ha sido expresado en la Declaración Universal de DDHH y en la Constitución de la República Argentina. Abandona, así, el paradigma de la incapacidad para fundamentar la capacidad en términos de gradualidad (progresiva o restrictiva), partiendo de la premisa de presunción de capacidad de todas las personas.

-Salud pública: se considera a la SM como parte de la salud integral, lo que da fundamento al lema “No hay salud integral sin salud mental”. La estrategia de atención primaria de la salud (APS) ubica, como eje de intervención, el centro de vida de las personas, en su comunidad de pertenencia; reconoce sus saberes y necesidades sentidas. La brecha de atención existente de la mayoría de los problemas prevalentes de SM deviene de dificultades de accesibilidad a los servicios de salud; la intención es garantizar la accesibilidad y la cobertura a toda la población, con particular interés en la accesibilidad de las personas en situación de pobreza e indigencia.

-Desmanicomialización: como ha sido suficientemente desarrollado en el capítulo precedente, la salud, así como la enfermedad, constituyen conceptos socialmente construidos y cristalizan en instituciones, prácticas médicas, etiquetamientos o diagnósticos que hacen huella en las personas (Foucault, 1964). La manicomialización, fundamento de las prácticas del internamiento asilar, asociada a las ideas de “peligrosidad”, vincula el tratamiento con aislamiento, segregación y, consecuente, necesidad de control y vigilancia (Stolkiner & Ardila, 2013). El cese del sistema

manicomial y el desarrollo -en cambio- del modelo de salud mental comunitaria es una idea central y el objetivo de la LNSM.

-Inclusión social: afianzar el modelo de SM comunitaria implica situar los servicios de atención en el centro de vida de las personas; enfatiza la necesidad de abordar las situaciones y/o problemas junto con los actores locales, en cada ámbito territorial para poder construir conjuntamente las posibles respuestas. Es preciso advertir que las condiciones de vida de las personas en situación de mayor vulnerabilidad las exponen a determinantes sociales asociados con indicadores negativos de salud que es preciso incluir en el análisis de las situaciones de SM.

-Abordaje interdisciplinario e intersectorialidad: a partir de la LNSM, los equipos de atención de SM se conforman por diferentes disciplinas que participan -en forma equiparada y democrática- en el abordaje integral de las situaciones y acorde a las características de estas: psicología, psiquiatría, trabajo social, terapeuta ocupacional, entre otras. A la vez, pensar a la SM como un proceso multideterminado y ligado a la concreción de los DDHH, implica sostener una labor intersectorial, donde otros sectores, además de salud, participen de esta dinámica de construcción colectiva.

Estos ejes transversales dan lugar a corrimientos de sentido: desde el encierro y aislamiento a la noción de integración social; desde la concepción de individuo peligroso al respeto por sus derechos y singularidad; desde el saber hegemónico al pluralismo; desde un objeto de tratamiento a un sujeto de derechos.

2.2.1 Principales innovaciones en la LNSM

La premisa inicial de la ley es partir de “la presunción de capacidad de todas las personas” (Ley 26.657, art.3°), la que sitúa un antecedente que será luego retomado y establecido como pauta para toda la justicia civil y comercial en la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación (2015).

Definición

La SM es definida como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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” (Ley 26.657, art. 3°). Esta noción implica concebir la subjetividad y la SM como producciones históricas; emergentes de un proceso propio y particular, según determinadas variables políticas, económicas y culturales, con transformaciones en cada contexto espacial y temporal. La LNSM fija su objeto a través de la denominación sufrimiento mental en lugar de enfermedad o trastorno. En los últimos años se ha considerado que estas denominaciones responden al hecho de que la psiquiatría importó la pretensión de estudiar los hechos psicológicos como hechos físicos, tarea emprendida principalmente por el positivismo biológico (Galende, 2006). Los vocablos padecimiento o sufrimiento

son acordes a la definición de SM sostenida por la Ley, en la que se destaca que la SM no está determinada por la biología exclusivamente, sino que configura un proceso complejo en el que intervienen componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos (Hermosilla & Cataldo, 2012).

El decreto reglamentario 603/2013 especifica que se entiende por padecimiento mental:

a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley Nº 26.657 (2013, p.3).

Un aspecto relevante es la inclusión de las adicciones dentro de las problemáticas de SM que serán abordadas como parte integrante de las políticas de aquella, lo que confiere a las personas con consumos problemáticos todos los derechos y garantías en su relación con los servicios de salud establecidos en esta normativa nacional. En este sentido, el decreto reglamentario mencionado especifica que “las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral”, con eje en la singularidad, más allá del tipo de adicción y garantizando los derechos establecidos en la LNSM 26.657; los “servicios de salud” son entendidos en un sentido no restrictivo.

2.2.1.1 *Sobre el diagnóstico*

La ley indica en su art. 3° que no podrán realizarse diagnósticos basados en el estatus político, religioso, cultural, socioeconómico, racial o en base “a la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización”, a la elección o identidad sexual, por demandas familiares, laborales, o falta de adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad a donde pertenezca. Cabe señalar que este artículo aún no ha sido reglamentado.

2.2.1.2 *Prohibición de crear nuevos centros de internación monovalentes en Argentina y reacondicionamiento de los hospitales generales para las internaciones*

Prohíbe expresamente la creación de nuevas instituciones monovalentes, tanto públicas como privadas. En cambio, enfatiza la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado (en adelante CI) para la atención de las personas, con las únicas excepciones previstas en la ley. En consonancia con la Ley de Derechos del Paciente, reconoce al

consentimiento informado como un derecho y avanza sobre la forma en que debe ser aplicado en la práctica, lo que ocasiona un giro hacia el abandono de los modelos paternalistas en el área de la SM.

Sobre la prohibición de crear nuevas instituciones monovalentes, el decreto reglamentario (2013) establece que deberán desarrollarse proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas en cada jurisdicción y coloca como plazo de sustitución definitiva el año 2020. A su vez, indica que la autoridad de aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales son las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier institución de internación monovalente que se encuentren en funcionamiento¹⁴.

En cuanto al acondicionamiento de los hospitales generales, el decreto 603 establece que la adaptación es responsabilidad de cada jurisdicción¹⁵. Establece disposiciones específicas para las internaciones y marca la diferencia entre las voluntarias e involuntarias, acorde a los requisitos emanados del proceso de consentimiento informado; son restrictivas y de último recurso terapéutico. En el caso de no encontrar una vía terapéutica más adecuada, se procederá a la internación, con mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación con familiares y allegados, entorno laboral, etc.

Es decir, la LNSM provoca una ruptura en la concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo en cuanto a la perspectiva de DDHH en relación con los pacientes, a la atención desde el trabajo interdisciplinario e intersectorial, a las modificaciones en cuanto a las estructuras manicomiales y a la democratización de los equipos de atención de la SM. (Hermsilla & Cataldo, 2012)

2.2.1.3 *Derechos reconocidos en la ley N°26.657*

En el artículo 7º, reconoce los siguientes derechos de las personas con padecimiento mental:

a)- Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b)- Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c)-Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d)- Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo

¹⁴ Esta adaptación deberá: “contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad [...] La implementación de este lineamiento no irá en detrimento de las personas internadas, las cuales deberán recibir una atención acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes” (Decreto 603, artículo 27º).

¹⁵ Empero, el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y el Ministerio de Salud “deberá contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones [...], asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo” (Decreto 603, 2013, artículo 28º).

la integración familiar, laboral y comunitaria; e)-Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; f)- Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; g)-Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; h)-Derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; i)- Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; j)-Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; k)- Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; l)-Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m)-Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n)-Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; o)- Derecho a no ser sometido a trabajos forzados; p)-Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

No obstante, en su reglamentación se observa que “los derechos establecidos en el artículo 7° de la Ley Nº 26.657, son meramente enunciativos” (Decreto 603/2013, art. 7º) y los incisos a- b- d- e-f –g- h -n –o, permanecen sin reglamentar. Interesa a los fines de este trabajo, la reglamentación de los puntos referidos al consentimiento informado, los que quedan reglamentados de la siguiente forma en el decreto mencionado:

k) Todo paciente, con plena capacidad o, sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su SM, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyeran riesgo para sí o para terceros. [...] La información sanitaria del paciente sólo podrá ser brindada a terceras personas con su consentimiento fehaciente. Si aquél fuera incapaz, el consentimiento será otorgado por su representante legal. Asimismo, la exposición con fines académicos requiere, de forma previa a su realización, el consentimiento expreso del paciente o en su defecto, de sus representantes legales y del equipo interdisciplinario

interviniente, integrado conforme lo previsto en el artículo 8° de la Ley. En todos los casos de exposición con fines académicos, deberá reservarse la identidad del paciente.¹⁶

m) Entiéndase por “consentimiento fehaciente” a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados. [...] Todos los proyectos de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales, salvo los que se realicen exclusivamente sobre la base de datos de personas no identificadas, deberán ser previamente aprobados por la Autoridad de Aplicación. [...] (Decreto 603/2013).

Asimismo, el artículo 10º del decreto reglamentario establece que el consentimiento informado se encuadra en lo establecido por la Ley Nº 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (en adelante, LDP) y su modificatoria, Ley Nº 26.742/2012.

2.2.1.4 *Modalidad de abordaje*

La LNSM establece que la atención de la SM estará a cargo de un equipo interdisciplinario y ubica a los miembros en igualdad de condiciones en relación con la toma de decisiones y la posibilidad de ocupar cargos de gestión o dirección de servicios; aún los tratamientos psicofarmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios. (LNSM, 2010; Hermosilla y Cataldo, 2012). El decreto reglamentario (2013) precisa que “los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto” (art. 8º); también que “la indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes realizadas de manera efectiva por médico psiquiatra o de otra especialidad cuando así corresponda” (art. 12º).

Se pone énfasis en la implementación de acciones intersectoriales, que favorezcan la inclusión social, laboral y atención de SM comunitaria. Por lo tanto, ha de realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario, basada en los principios de la atención primaria de la salud y orientado al

¹⁶ El consentimiento brindado por el paciente, en todos los casos, debe ser agregado a la historia clínica.

reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. La medicación será indicada con fines terapéuticos, “nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales” (LNSM, art.12º).

La ley prevé la implementación de dispositivos adecuados a los principios que sostiene¹⁷. Este aspecto se encuentra reglamentado en el art. 11º del decreto 603/2013; no agrega mayores especificaciones, a excepción de la necesidad de incluir el componente de SM en los planes y programas de provisión de insumos y medicamentos y la inclusión en la población destinataria a las personas alcanzadas por el inc. 1 del art. 34º del Código Penal y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales.

2.2.1.5 *Disposiciones sobre las internaciones*

En general, se considera a las internaciones como un recurso de carácter terapéutico restrictivo, como última opción luego de que hayan fracasado las intervenciones ambulatorias; lo más breve posible y nunca realizada o mantenida por motivos sociales, económicos o de vivienda. Las internaciones de SM deben realizarse en hospitales generales; estos deben contar con los recursos necesarios; el rechazo de la atención de pacientes con padecimientos mentales será considerado acto discriminatorio (según ley Nº23.592). El registro en la histórica clínica debe realizarse diariamente.

Deberes en el transcurso de las internaciones voluntarias. En 48 horas, debe realizarse la evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación; este informe requiere de dos firmas y una de ellas deberá ser de psicólogo o psiquiatra. En ese plazo, si no se tuvieron, se iniciará la búsqueda de datos sobre la identidad de la persona y su entorno familiar. La internación debe hacerse mediante la obtención del CI de la persona o del representante legal, cuando corresponda. La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación.¹⁸ Cabe destacar que la LNSM instituye que las personas internadas tienen derecho a designar un abogado (art. 22º). El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud, sin requerir autorización de lx juezx, a quien solamente deberá ser informado del carácter de la internación (involuntaria o voluntaria; art. 23º).

Internaciones involuntarias. Las internaciones involuntarias son consideradas como un recurso terapéutico excepcional, una medida extrema que ha de proceder cuando exista riesgo cierto e inminente para sí o para terceras personas, en ausencia de otra alternativa eficaz. Para efectuarse,

¹⁷ Tales como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios [entre otros] (LNSM, 2010, Art. 11)

¹⁸ La LNSM instituye que el consentimiento obtenido o mantenido con dolo o el incumplimiento del deber de informar puede dar lugar a acciones civiles / penales.

debe realizarse el dictamen profesional de la institución que interna, con la debida determinación del riesgo por parte del equipo; también se requieren dos firmas profesionales, una de las cuales debe provenir de un profesional *psí*. Es deber del equipo notificar en 10 horas a lx juezx competente y al Órgano de Revisión. En esta circunstancia, lx juezx puede: autorizar la internación, requerir informes ampliatorios y/o peritaje externo, denegar -en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida- con lo que se procederá a la inmediata externación. Lx juezx sólo puede ordenar por sí mismx una internación involuntaria cuando el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla y cuando esta es necesaria y consentida por lx pacientx¹⁹. En cuanto a su reglamentación, el artículo 14º establece que:

Las normas de internación o tratamiento que motiven el aislamiento de las personas con padecimientos mentales, ya sea limitando visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, son contrarias al deber de promover el mantenimiento de vínculos. Las restricciones deben ser excepcionales, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y deberán ser informadas al juez competente.

Se deberá promover que aquellas personas que carezcan de familiares o referentes, afectivos en condiciones de acompañar el proceso de tratamiento, puedan contar con referentes comunitarios [...]. No será admitida la utilización de salas de aislamiento. Las instituciones deberán disponer de telefonía gratuita para uso de las personas internadas. (Decreto 603/2013, artículo 14º)

En situaciones en que “la persona estuviese en condiciones de alta desde el punto de vista de la SM y existiesen problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación inmediata” (Decreto Reglamentario 603/2013, art. 15º), el equipo interdisciplinario deberá dejar gestionar ante las áreas que correspondan con carácter urgente la provisión de los recursos correspondientes e informar a la autoridad de aplicación local (Decreto 603, 2013).

El decreto mencionado especifica que para que la internación sea considerada voluntaria el consentimiento deberá ser indefectiblemente personal y “solamente podrá limitarse el egreso de la persona por su propia voluntad si existiese una situación de riesgo cierto e inminente”(Decreto 603/2013, art. 18º).

En cuanto al riesgo cierto e inminente, la reglamentación señala:

¹⁹ Autorizada la internación involuntaria, lx juezx debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a 30 días corridos con el fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad o disponer inmediata externación (art. 24). Transcurridos 90 días y luego del tercer informe, si la internación involuntaria continúa, lx juezx pedirá designar un nuevo equipo interdisciplinario (que no haya intervenido aún) para nueva evaluación.

Entiéndase por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica.

No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental.

Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda [...].

Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación con su tratamiento (Decreto 603/2013, art. 20º).

2.2.1.6 *Autoridad de aplicación, creación del órgano de revisión y sus respectivas funciones*

Autoridad de aplicación

La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud de la Nación, el que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios de esta ley (2010, art. 31º) y desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades, así como espacios de capacitación /actualización para profesionales, sobre todo aquello/as que ya se desempeñan en servicios de SM (art. 33º).

En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio (LNSM, art.32º).

El Ministerio de Salud, conjuntamente con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y la colaboración de las jurisdicciones debe promover el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados (LNSM, art.34º).

Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación

en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes (art.35º)²⁰.

El Ministerio de Salud debe coordinar con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, el desarrollo de planes de prevención en SM y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental, con mecanismos de participación comunitaria, en especial, de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de SM (art. 36º). A la vez, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la cobertura en SM de las obras sociales a los principios establecidos en plazo no mayor a los noventa días corridos a partir de la sanción de la presente (LNSM, art.37º).

El decreto reglamentario 603 (2013) establece que la Secretaría de DDHH del Ministerio de Justicia y DDHH y la autoridad de aplicación conformarán una comisión permanente de trabajo, la que trabajará en conjunto con las jurisdicciones provinciales, brindará asistencia técnica y seguimiento permanente para la implementación de los estándares elaborados (art.34º).

Órgano de Revisión

Se crea el Órgano de Revisión en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, a fin de proteger los DDHH de lxs usuarixs de los servicios de SM, independiente del poder ejecutivo y del judicial, con participación de la sociedad civil. Este debe ser multidisciplinario e integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de DDHH de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los DDHH²¹. En su reglamentación, se establece al Órgano de Revisión en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa; se le encomienda a la Defensoría General de la Nación la Presidencia, representación legal, y coordinación ejecutiva del Órgano Revisor (Decreto 603/2013, art. 38º). A su vez, el Órgano de Revisión “podrá ejercer sus funciones de modo facultativo en todo el Territorio Nacional, en articulación con el Órgano de Revisión Local, cuando considere la existencia de

²⁰ Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización (LNSM, 2010, art.35º).

²¹ Según el artículo 40 de la LNSM, sus funciones son, entre otras, requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos; supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado; evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones de lx juezx; etc.

situaciones de urgencia y gravedad institucional” (Decreto 603/2013, art. 40º). Los convenios de cooperación con las provincias (capítulo XI) permanecen sin reglamentar.

Otras modificaciones. Decreto 426/2021. En 2016, mediante el Decreto N° 1053/2016, se transfiere la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones de la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros al ámbito del Ministerio de Salud. En 2021, se retrotrae a la mencionada comisión para que actúe, nuevamente, en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros (Decreto 426/2021), con el cual se crea la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA), presidida por la Autoridad de Aplicación de la ley 26.657 e integrada por los Ministerios de Salud, Educación, Desarrollo Social, Empleo y Seguridad Social, Desarrollo Territorial y Hábitat y de las Mujeres, Géneros y Diversidad. Cada Ministerio afectará partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan.

En esta primera parte, se han expuesto los antecedentes históricos que originan la LNSM, la ley en sí misma, sus rasgos distintivos y disposiciones principales. Establecido el contexto, en los capítulos siguientes se desarrollarán las diferentes instancias de análisis de esta ley a partir de dimensiones bioéticas seleccionadas para ese fin.

3. PARTE II: VERTICALES BIOÉTICAS EN DEBATE

A fin de realizar un análisis bioético de la LNSM se distinguen algunas nociones de este campo disciplinar. Más allá de las diferencias entre los primeros avances de la Bioética y las diversas orientaciones de enfoques éticos alternativos, en la mayoría de estos pueden encontrarse denominadores comunes, verticales de desarrollos teóricos que atraviesan la reflexión: respeto de la dignidad y autonomía de las personas, consideración de la vulnerabilidad, equidad, justicia, entre otros. Al respecto, Martín de Lellis expresa: “la ética aspira a trascender la moral de grupo para plantearse interrogantes y respuestas desde sobre los temas esenciales y universales de la conducta humana: la justicia, la equidad, el bien común, la felicidad, el reconocimiento de la alteridad” (2014, p.2).

Arleen Salles (2008) explica que, tanto las teorías clásicas como la de los principios, fueron objeto de enérgicas críticas hace cinco décadas atrás y un grupo de propuestas “alternativas” tomó mayor preeminencia (p.79). Estas propuestas, sin negar la existencia de consideraciones generalizables, dan relevancia a los “elementos particularistas”, dados por los contextos donde las situaciones suceden: “la fuerza moral de cada consideración depende en gran medida del contexto en el que se revela” (p.80).

Las éticas del cuidado feministas o las teorías bioéticas feministas integran este grupo que refiere la autora; la Bioética de los DDHH podría incluirse en este conjunto, ya que incorpora elementos de contexto, sociales e interculturales en sus principios. La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH), de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] del 2005, estipula quince principios básicos -atados a los DDHH- donde están contemplados los cuatro tradicionales²². Pero también se consignan -a título de principios- otras dimensiones que hacen a un enfoque más particularista, caracterizado por encontrarse anclados en la realidad y condiciones de salud de la región de LA. Estos principios podrían ser tomados como equivalentes a derechos; es el caso de la LNSM, la cual especifica como derechos a varios de los principios contenidos en la DUBDH, entre otros: derechos al acceso a la salud igualitario, a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades y que promueva la integración familiar, laboral y comunitaria; a la identidad y al grupo de pertenencia; a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental.

²² Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Sin embargo, este análisis no pretende equiparar y constreñir el vasto territorio de la reflexión bioética solamente al ámbito de los derechos.

¿Para qué analizar estas verticales²³ en su vinculación con la LNSM? En primer lugar, para permear el campo de la SM al análisis bioético, un campo cuya reflexión nació haciendo lugar a muchas de las nociones propias del campo de la Bioética y, sin embargo, aún es terreno árido para desarrollos que conjuguen Bioética y SM. A su vez, se podría vislumbrar cierta raíz bioética en el surgimiento de la salud mental propiamente tal; no porque la Bioética como nueva disciplina lo hubiera influenciado, sino porque estas dimensiones éticas también participan en las bases conceptuales de la SM, concretamente: el respeto por la dignidad de las personas; la consideración de sus vulnerabilidades, el estigma y la discriminación de las que son objeto; la beneficencia/ no maleficencia en relación con la desmanicomialización; el aporte benéfico de los abordajes integrales y anclados en la comunidad de pertenencia. Características que identifican a la SM en tanto tal y la diferencian en forma contundente de los modelos de atención previos²⁴. Cambios ligados a la marca profunda de la posguerra, donde florecen los movimientos en defensa de los DDHH, los movimientos sociales de las llamadas “minorías” y el surgimiento de los derechos de los enfermos. Al respecto refiere Susana Vidal:

Todos estos cambios convivieron con la explosión de reclamos sociales por parte de grupos marginados y discriminados, particularmente en EE.UU., en defensa de sus derechos. Población negra, niños, mujeres, homosexuales, minorías étnicas y religiosas, etc., reclamaban por un trato igualitario ante la ley fundada en un reconocimiento de sus diferencias. Entre ellos se generó un movimiento en defensa de los derechos de los pacientes que vio la luz en 1970 a través del primer Código de Derechos de los Pacientes (2010, p.10).

De acuerdo a la autora, el movimiento de derechos de los enfermos (plasmado en la primera carta de derecho de los pacientes, USA, 1969), fue expresión de la conmoción social existente, lo que revelaba el malestar de ciudadanxs que, por distintas características mostraban una diferencia, (religión, raza, etnia, género, opción sexual, edad, etc.) y que deseaban una sociedad respetuosa, más igualitaria, en cuanto a los derechos ciudadanos; surge unx nuevx actorx, lxs pacientes, lo que determina “un profundo cambio en los modelos de toma de decisión en salud, que desde Hipócrates y hasta entonces había sido de carácter netamente paternalista” (Vidal, 2010, p.11).

A pesar de estos puntos en común, la intersección entre SM y Bioética ha sido poco estudiada. En el rastreo bibliográfico, se encuentran escasos trabajos de investigación y exiguos desarrollos

²³ También será utilizado el término dimensiones para referirse a estas nociones de la BE que serán analizadas en su relación a la LNSM.

²⁴ Ver Parte I, 2.1.1. de esta tesis.

teóricos; profesionales de la SM se han acercado al campo de la Bioética desde no hace mucho tiempo, lo mismo puede apreciarse en los comités de Bioética hospitalarios, en los que actualmente es posible participar.

Como fue anticipado, algunas facetas de las propuestas de la segunda reflexión sobre la Bioética, serán la base de fundamentación del análisis. En primer lugar, las Bioéticas feministas contribuyen con la perspectiva de la autonomía relacional y los cuestionamientos a una moralidad que no atiende a los particulares, los contextos y las relaciones, identificando aquellas instancias de opresión (Salles, 2008), tan frecuentes en el abordaje de los trastornos mentales. En segundo lugar, en consonancia con algunas vertientes de las éticas del cuidado, el foco se dirige a las relaciones humanas, haciendo eco de la precaución que toma esta propuesta sobre los enfoques principistas que “suponen concepciones individualistas de las personas, las cuales son concebidas como radicalmente autónomas y racionales” y – en cambio- presta atención a los elementos particulares de cada situación, tomando en cuenta el entrecruzamiento de lo afectivo, lo cognitivo y lo racional. En tercer lugar, entre los enfoques éticos alternativos, surge en nuestra región de LA la denominada *Bioética de DDHH* y la *Bioética de Intervención*.

A continuación, se describen los rasgos distintivos de los enfoques bioéticos mencionados.

3.1 Enfoques bioéticos que enmarcan el análisis de la Ley Nacional de Salud Mental

3.1.1 Corrientes feministas en la bioética

3.1.1.1 *Ética del cuidado*

Las investigaciones de la psicóloga Carol Gilligan, publicadas por primera vez en 1982, sobre conceptos del yo y la moralidad abrieron el camino para pensar un desarrollo de la moralidad distinto en las mujeres, es decir, la definición que dan las mujeres del dominio moral difiere de la que proporcionan los hombres. Hasta ese momento, las investigaciones concluían que las mujeres tenían un menor sentido de moralidad debido a que los criterios y sujetos de investigación eran masculinos²⁵. De acuerdo a los estudios de Gilligan (2003), hay en las mujeres una sensación de vulnerabilidad, una incertidumbre acerca de su derecho a hacer declaraciones morales o –quizás- sobre el costo que para ellas implicaría hacerlas, dada su dependencia y frecuente miedo al abandono. Concluye que el deseo de no hacer daño a los demás y la esperanza de que en la moral radica una forma de resolver los conflictos para que nadie resulte herido, está frecuentemente presente en el entendimiento de la moral para las mujeres; para ellas, la persona moral es aquella que ayuda a los demás. Durante siglos

²⁵ Gilligan (2003) menciona los estudios de Kohlberg y Kramer (1969).

las mujeres han estado sumergidas en la pasividad de la dependencia y al mismo tiempo se les ha impuesto la responsabilidad del cuidado. ¿Dónde encuentran las mujeres la posibilidad de realizar juicios morales? En el ámbito del cuidado y preocupación por los demás, en el conflicto entre una/o misma/o y la/el otra/o, que constituye el problema moral central para las mujeres. Las mujeres construyen el problema moral como un problema de cuidado y responsabilidad en las relaciones interpersonales, con una lógica psicológica que subyace a una ética del cuidado y que contrasta con la lógica formal del enfoque de la justicia (Gilligan, 2003)²⁶.

La ética del cuidado fue objeto de muchas críticas desde otras vertientes del feminismo. Sherwin, por ejemplo, no considera apropiado caracterizar la ética del cuidado como específicamente feminista, ya que no incorpora dimensiones distintivamente, aunque aprecia el énfasis que pone Gilligan en la importancia de prestar atención a los detalles narrativos concretos al momento de tomar decisiones morales. Tanto estas críticas como los aportes de otras teóricas a la ética del cuidado serán trabajadas más adelante.

3.1.1.2 *Bioéticas feministas*

Susan Sherwin (2014) señala que cuando las feministas se han acercado a la Bioética, han encontrado que muchas de sus corrientes ayudan a mantener las estructuras de dominación persistentes, con ignorancia o silenciamiento de gran parte de las voces de las mujeres y de otros grupos oprimidos. Para esta autora, quienes se especializan en Bioética se comportan como si su campo tuviera efectos neutros sobre la opresión (p.47); las cuestiones sobre dominancia y opresión, comprender las particularidades reales de la estructura de dominación, son dimensiones fundamentales en la perspectiva Bioética feminista:

La respuesta del feminismo deriva de su entendimiento de que la opresión es un mal moral ubicuo e insidioso, y que debe prestársele atención consciente justo en las prácticas que se evalúan desde una perspectiva ética. Por lo tanto, desde una óptica feminista, los detalles concretos relevantes que debemos tomar en cuenta en nuestras deliberaciones éticas incluyen las relaciones políticas o de poder entre las personas implicadas en la práctica o política bajo escrutinio o afectadas por ellas (2014, p.51).

²⁶ En el desarrollo de la moralidad, Gilligan diferencia estadios distintos en una secuencia que va desde una preocupación inicial por la supervivencia a un enfoque en el bien y finalmente a una comprensión reflexiva del cuidado como la guía más adecuada para la resolución de conflictos en las relaciones humanas. En un principio era la dependencia y necesidad de supervivencia lo que las hacía renuentes a entrar en juicios morales; luego, se produce la comprensión de la responsabilidad que implica hacerse cargo de sí misma y, al final, el proceso puede culminar en una renuncia al juicio moral, posibilitada por la conciencia de la determinación psicológica y social de la conducta humana. La preocupación moral se reafirma en el reconocimiento de la realidad del dolor y del sufrimiento humano (Gilligan, 2003).

De acuerdo a Diniz & Guilhem (1999), la Bioética de inspiración feminista surge a principios de la década de 1990, con una perspectiva crítica que cuestiona los supuestos universalistas y abstractos de la Bioética de principios. Se consolida como un cuerpo crítico de estas teorías al considerar la crítica de todas las formas de opresión social como referencia analítica. Junto al feminismo, otras teorías bioéticas críticas como el antirracismo, los estudios culturales o la sociología de clase han aportado sus presupuestos a la agenda teórica de la Bioética. Según las autoras, algunas bioeticistas feministas, en los primeros tiempos, se acomodaron a ciertos conceptos de raíz principista, como el principio de autonomía, fundamental para la práctica reflexiva de las bioéticas críticas, justificado por ser un principio ético del feminismo o de la lucha antirracista anterior a su ingreso en la Bioética. Sin embargo, las perspectivas críticas apuntan a la necesidad de demarcar el límite de las situaciones en las que la autonomía puede estar enmascarada por la coerción de la voluntad y de buscar mecanismos de rescate social de la vulnerabilidad que hagan efectivos los principios éticos y respeten la diferencia como valor moral de la modernidad, sin confundir diferencia con vulnerabilidad, opresión y desigualdad. Para las autoras, en las teorías críticas en Bioética, es central en la discusión el supuesto de que no es posible referirse a principios mediadores de conflictos morales (autonomía o libertad), en contextos de profunda desigualdad social, donde las personas o grupos oprimidos se confunden con los vulnerables. La crítica de todas las formas de opresión social se ubica como la referencia analítica de los presupuestos de las Bioéticas feministas:

la bioética crítica de inspiración feminista, traduce y representa esta nueva ola reflexiva en bioética en la que aquellos históricamente ignorados en los estudios éticos, ya sean mujeres, niños, minorías étnicas y raciales, personas con discapacidades físicas y mentales, ancianos, o los pobres—son ahora parte de la agenda de discusión (Diniz & Guilhem, 1999, p.2)

Las autoras afirman que Wolf (1996, citada en Diniz & Guilhem, 1999) aboga por un reordenamiento de los presupuestos básicos de la Bioética de la llamada “estructura profunda de la Bioética”, la que consistiría en suposiciones absolutas, occidentales (euroamericanas), racistas (blancas), clasistas (capitalistas) y sexistas (masculinas), base del desarrollo de muchas teorías éticas (Diniz & Guilhem, 1999, p.4). La tarea de la Bioética desde este planteo ha de ser “el análisis, la discusión y el desarrollo de mecanismos éticos de intervención en todo tipo de desigualdad social”, pasando de una Bioética “de principios éticos universales a la defensa de principios compensatorios de la vulnerabilidad social.” (p.2) Las autoras, parafraseando a Little, expresan:

la bioética crítica es el análisis de todas las cuestiones bioéticas, ya sea la eutanasia, el aborto o la asignación de recursos en salud, bajo el compromiso compensatorio de los intereses de los grupos e individuos socialmente vulnerables (1999, p.2)

Por otra parte, Alison Jaggar (2014) manifiesta que la reflexión ética feminista revela que “la inequidad, la dependencia y la interdependencia, la especificidad, el arraigo social y la comunidad histórica deben ser reconocidas como características permanentes de la vida social humana” (p.18). Las feministas argumentan que la ética debe prestar mayor atención a los cuerpos de las personas, a la ética encarnada, en lugar de dedicarle relevancia a ideas abstractas como igualdad, autonomía, generalidad, individuos aislados, comunidades ideales y condición humana universal. Así, la ética podría reconocer los problemas éticos centrales de vulnerabilidad, desarrollo, temporalidad, ubicación, particularidad, interdependencia y cooperación, en lugar de buscar universalidad, invariabilidad, atemporalidad, independencia o autosuficiencia. Jaggar afirma: “La ética moderna está dominada por un modelo neocartesiano del sujeto desencarnado, asocial, unificado, racional y en esencia similar a todos los otros.”(2014, p.23).

Diniz & Guilhem concluyen que la Bioética crítica de inspiración feminista se basaría en los siguientes presupuestos:

1-Una epistemología compensatoria de la desigualdad; 2-Una ética del cuidado asociada a una ética del poder, no una ética femenina del cuidado; 3- La efectiva consideración de las condiciones de vulnerabilidad humana, en vez de un ser humano abstracto, genérico y universal; 4- El análisis crítico de las estructuras de poder en la sociedad y su influencia; 5- Una práctica bioética que contribuya al fin de la desigualdad y la opresión; 6-El reconocimiento del error moral de la opresión; 7- El pluralismo moral como ejercicio de la libertad; 8- La consideración del individuo dentro de su red de relaciones sociales; 9- El análisis crítico de los presupuestos fundamentales y silenciosos de la bioética (Diniz & Guilhem, 1999, p. 5).

3.1.2 Bioética de los Derechos Humanos y Bioética de Intervención

La llamada Bioética de DDHH surge en LA como un intento de contextualizar, en la realidad sanitaria de nuestra región, los desarrollos previos en Bioética, sin prescindir de la pretensión de validez universal. Su riqueza consiste en articular elementos universalistas y elementos particularistas de la Bioética, dando lugar a las nociones de vulnerabilidad, justicia, inclusión social, entre otras. Asimismo, y colindante, está la denominada Bioética de Intervención, un desarrollo también regional que propone un modelo interesante para analizar situaciones persistentes y situaciones emergentes

de la Bioética en relación con el contexto de LA²⁷ (Brussino, 2012; Garrafa, 2003; Vidal, 2010). De acuerdo a Brussino (2014), el sistema internacional de los DDHH es una construcción histórica que da fundamento a un núcleo ético innegociable que es necesario preservar cuando los principios -de la Bioética de los principios- entran en conflicto. Este núcleo proporciona orientación “no sólo en el sentido de los derechos negativos (aquello de lo que debemos abstenernos de hacer a otros) sino también en el sentido de los derechos positivos, es decir, aquello que debe ser promovido para que todas y cada una de las personas sean capaces de vivir una vida realmente humana” (p.12), sin por ello desconocer las polémicas que pesan sobre los DDHH²⁸, considerados etnocéntricos, dado su contexto de origen. La pretensión de validez universal deberá ser sometida al diálogo crítico, según los diferentes contextos culturales, lo que eleva su valor, pues implica que no se trata de una universalidad dada, estática, inmodificable sino una universalidad que se construye dialógica y dialécticamente, al ser cotejada con el *ethos* de las distintas culturas²⁹ (Brussino, 2014). Asimismo, en el entramado de DDHH, el derecho a la salud queda legítimamente fundado, a la vez que no queda sobredimensionado en relación con otros derechos, igualmente básicos, ya que la perspectiva de DDHH no establece rango entre ellos. (Brussino, 2014). El hilo del planteo de la autora describe el siguiente movimiento:

Toda decisión envuelve un momento de universalidad y un momento de particularidad (contextual o situacional). Ambos son imprescindibles pues si se anula el polo universal de confrontación con la ley moral, válida para todos, la decisión pierde moralidad y queda a expensas de cualquier contingencia o interés subjetivo. Si por el contrario, se anula la consideración de lo particular (circunstancias, consecuencias, etc.) la decisión se vacía de contenido real y muchas veces, con el paradójico resultado de no ser justa. (p.4)

Planteado de este modo, según Brussino, la Bioética:

puede entenderse como una reflexión crítica sobre la vida y la salud, como una nueva forma de tomar decisiones en esos ámbitos, como un movimiento de reforma social y también como una disciplina académica. En cualquiera de los casos, la BE implica un diálogo

²⁷ En palabras de la bioeticista Silvia Brussino: “Una ética asumida como tarea, no puede declarar irrelevante la realidad de los seres humanos concretos sin los cuales cualquier esfuerzo ético carece de sentido y se convierte en un discurso anodino” (2014, p.3); asimismo, en la región, se requiere “contar con un marco de referencia universal fundado categóricamente en la dignidad de las personas, al cual se subordine todo ordenamiento ético-normativo es que se propone un modelo fundado en los derechos humanos” (2014, p.12).

²⁸ La autora distingue dos lecturas posibles de los DDHH: 1-“una interpretación negativa de este discurso como paternalista, etnocéntrico o mera retórica de las naciones dominantes para suavizar los efectos devastadores del poderío que ejercen en el escenario internacional; 2- la interpretación del término “discurso” aplicado a los DDHH, se asimila a la propuesta de una ética discursiva o dialógica tal como la han desarrollado autores como Habermas y Apel” (2012, p.2).

²⁹ Brussino hace notar que el reconocimiento de la diversidad cultural es uno de los DDHH reconocidos (2012, p.2).

interdisciplinario e intercultural. A su vez, los DDHH, como pautas morales universales, proporcionan una base plausible para el diálogo intercultural, permitiendo identificar un núcleo de valores transculturales que funcionen como “mínimos morales” en las arenas del diálogo entre culturas diversas y la búsqueda de consensos internacionales. (Brussino, 2011, p.1)

Estos mínimos morales expresan que ninguna sociedad puede considerarse justa si cae por debajo de los umbrales imprescindibles para que las personas puedan funcionar como sujeto humano.

La Bioética, en su versión principista, surgió como reflexión sobre situaciones planteadas frente al desarrollo científico tecnológico aplicado al campo de la salud; no obstante, en los países periféricos, la Bioética encuentra su campo de reflexión e intervención en situaciones persistentes, como la pobreza extrema, el analfabetismo, la exclusión social y la injusticia estructural, que afectan a millones de personas en nuestros países. Volnei Garrafa (2003) – bioeticista adscrito al enfoque bioético de DDHH- desde la denominada Bioética de intervención, propone denominar a la primera versión Bioética de las situaciones emergentes y a la segunda, Bioética de las situaciones persistentes. Se configura así una perspectiva social en la Bioética que cobra fuerza en su vinculación con los DDHH, considerada como “conjunto de concepciones [de la Bioética] orientadas a las obligaciones universales como punto de partida, los fines, la verdad, la justicia y la memoria histórica como supuesto de construcción de la moral” (Tealdi, 2008, citado en Brussino, 2012, p.3).

La propia realidad de LA confronta con la visión del modelo de los principios, incapaz de dar respuesta a los conflictos éticos que emergen de la vida y la salud en la región de mayor inequidad del planeta. Estos conflictos se relacionan a las condiciones de vida en cada contexto sociocultural y no con las intervenciones tecnológicas, aunque esta separación no siempre sea demasiado clara, como es el caso de la investigación biomédica en poblaciones marginales. (Vidal, 2010)

De acuerdo a Casado (2002), los DDHH “constituyen a la vez la base jurídica y el mínimo ético irrenunciable sobre los cuales se asientan las sociedades democráticas” (p.10); representan una pauta de convivencia establecida en términos de universalidad -aunque hay países que no han suscrito la Declaración de 1948- , gracias a un “doble carácter de imperativo moral y jurídico que les caracteriza” (Casado, 2021). Para la autora, son el punto inicial y el límite ineludible en nuestras sociedades y han evolucionado a lo largo de la historia, por lo que su contenido se ha ido ampliando. Pertenecen a todas las personas por igual, lo que configura un pacto de convivencia en torno al cual se articula el consenso social, dando espacio al pluralismo y a las diferencias. Al mismo tiempo que ostentan carácter universal, deben respetar la pluralidad de opciones y la proteger los valores que cada sociedad

sustenta (Casado, 2009). Esto se materializa en la DUBDH promulgada por la UNESCO, 19 de octubre 2005, documento insigne de este enfoque. Esta declaración incluye principios de primera, segunda y tercera generación. Es decir, en primer lugar, derechos absolutos, de reconocimiento de la condición de persona como requisito universal; en segundo lugar, derechos económicos y sociales que se manifiestan en la dimensión material, con las debidas inflexiones de cada región, cultura y modos de vida (como categoría fundamental para poder desarrollar una Bioética situada); y –finalmente- los referidos a la relación con las futuras generaciones, el ambiente y la preservación de los recursos naturales. Así, los cuatro grandes principios tomados de Bioética principista están contemplados, no obstante hay toda una serie de otros principios que responden a las condiciones de vida, salud y condiciones futuras de los países periféricos. Los 15 principios que le dan sustento son: I- Dignidad humana y DDHH; II- Beneficios y efectos nocivos; III- Autonomía y responsabilidad individual; IV- Consentimiento; V-Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento; VI-Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal; VII- Privacidad y confidencialidad; VIII-Igualdad, justicia y equidad; IX- No discriminación y no estigmatización; X- Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo; XI- Solidaridad y cooperación; XII-Responsabilidad social y salud; XIII- Aprovechamiento compartido de los beneficios; XIV-Protección de las generaciones futuras; XV- Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

Como refiere Casado (2021), la necesidad de normas armonizadas y colaboración internacional es una evidencia. La promoción y el debate social previo en los distintos territorios y sociedades particulares, les dan sustento y el consenso necesario. Cuando estos movimientos llegan a convertirse en instrumentos jurídicos internacionales, se logran las mayores garantías en la protección de estos derechos, a nivel nacional e internacional. A la vez, refuerza la importancia de la responsabilidad social como garantía genuina para que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuya a la justicia y sirva al interés de la humanidad.

Presentado el marco teórico bioético que servirá de fundamento de estudio, en los próximos capítulos se realizará el análisis de las verticales bioéticas seleccionadas en sus relaciones con la LNSM.

3.2 Autonomía y sus vicisitudes en la Ley Nacional de Salud Mental

3.2.1 Autonomía y consentimiento en la ley

La autonomía es un concepto vertebral en Bioética y la LNSM encuentra también en ella uno de sus ejes fundamentales, materializado a través de las múltiples referencias a la voluntariedad y al consentimiento informado (CI). En primer lugar, en el art. 10º, expresa: “Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones”. Luego, en el capítulo reservado a las internaciones, manifiesta que el consentimiento informado de la persona o del representante legal (en caso que corresponda) es requisito para poder realizarla y precisa que:

Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado 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 (art.16º, c.).

Este desarrollo remite directamente a la conceptualización de CI expresada en la LDP Nº 26.529/2009. Aquí, el CI es entendido como un proceso compuesto por varios actos enlazados: declaración de voluntad del paciente o sus representantes, luego de haber recibido información referida al plan de diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o investigación científica o paliativo, previa consideración de las circunstancias de autonomía, evaluada la competencia y comprensión del paciente o sus representantes. En términos resumidos, los pasos estipulados en este proceso serían: 1-Comprobación de que el paciente o sus representantes pueden comprender la información que se les va a suministrar y que puedan disponer libremente de esta; 2- Suministro de información referida al plan de diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o investigación científica o paliativo; 3-Declaración de voluntad del paciente o sus representantes (Vidal S., 1999)³⁰.

En relación a las prácticas de SM, la autonomía cobra un impulso inédito en el capítulo relativo a las internaciones, en la LNSM. Estas deberán hacerse mediando la voluntariedad de las personas, es decir, obteniendo previamente su consentimiento. El punto más álgido se presenta cuando no hay tal voluntariedad y se debe proceder a internar a una persona en forma involuntaria. Para poder efectuar esta intervención acorde a la ley, se necesita constatar previamente que haya ausencia de otra alternativa para abordar la situación y determinar que exista riesgo, el cual debe ser, a la vez, “*cierto*” e “*inminente*”. Esta determinación, lejos de ser clara y estricta, se presenta generalmente con altos

³⁰ Vidal remite a Beauchamp y Faden (1995) y a Faden y Beauchamp, T.(1986).

grados de incertidumbre que inquietan a los equipos de salud a cargo (Bianco 2019; Toro Martínez 2019), asunto que se tratará más adelante.

Indudablemente, incorporar el CI en el abordaje de personas con problemas o trastornos de SM es un paso adelante, debido y necesario. El punto de partida es la presunción de capacidad de todas las personas³¹, lo que incorpora una noción de autonomía con gradientes, que fue retomada en 2015, en la modificación del Código Civil y Comercial de la Nación (CCC). Define la capacidad con una concepción flexible, gradual, que puede progresar (incrementarse a través del crecimiento y la madurez emocional), puede restringirse (por diferentes razones momentáneas o persistentes: estados de conciencia, juicio alterado, demencia) y prácticamente nunca desaparecer. La capacidad progresiva hace referencia a la adquisición y consolidación de la capacidad a través del crecimiento y la madurez afectiva. Por ello, niñas y niños tienen derecho a ser oídos y a que se tome en cuenta su opinión, aunque todavía son menores de edad y lxs padres o personas cuidadoras, tienen la representación legal plena hasta los 13 años. Entre 13 y 16 años, lx adolescente tiene aptitud para decidir por sí mismx respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos ni comprometen el estado de salud o arriesgan la vida. En caso de tratamientos invasivos, lx adolescente debe prestar su consentimiento con asistencia de sus representantes legales. En caso de no coincidir con estos, se solicitará opinión médica y se acudirá a la autoridad competente. A partir de los 16 años, lxs adolescentes son considerados como adultxs en cuanto a decisiones sobre su propio cuerpo (Código Civil y Comercial de la Nación, 2015).

Cuando la capacidad está disminuida en forma momentánea, o está limitada por algún déficit o alteración mental permanente o prolongada que compromete la competencia para decidir, estamos ante una *capacidad restringida*. Su restricción sólo puede ser en beneficio de la persona, no puede tener otro fin que el respeto y promoción de su autonomía y protección de sus derechos (Código Civil y Comercial de la Nación Comentado, 2014, p.131). “La capacidad restringida supone que la persona conserva su capacidad, la cual es restringida sólo para determinados actos (no se restringe la capacidad de la persona en términos generales, sino para un determinado o una serie de actos especificados)” (p.129). La LNSM, en su artículo 7º inc. k, señala expresamente esta posibilidad y la establece como “derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades”.

Lo antedicho quedó establecido con la promulgación de la LDP, la LNSM y con la reforma del CCC. Precedentemente a la LNSM, la DUBDH de la UNESCO (2005) estableció en su artículo 7 -

³¹ Según Muñiz C (2019) “El régimen de incapacidad en el Código Civil y Comercial reviste carácter excepcional y extraordinario, reservado a casos extremos en los cuales la persona a la cual se le aplica la medida está imposibilitada en forma absoluta de comunicarse con su entorno”.

“Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento”- que, en los casos especiales en los que el consentimiento resulta imposible de obtener, deben agregarse también protecciones especiales. Entre los distintos ejemplos (neonatxs, niñxs, pacientes de edad avanzada, etc.), encontramos a los pacientes con enfermedades mentales: “una persona afectada por algún trastorno de salud mental que no se encuentre en estado de crisis puede expresar con bastante claridad qué opina sobre determinados temas de la vida y cómo quiere abordarlos” (2005, Art. 7º).

A las personas con padecimientos mentales, a partir de la ley 26.657, hay que escucharlas y obtener su CI antes de proceder a internarlas “por su bien”³². Habrá que trabajar en un proceso de consentimiento que también constituye un proceso elaborativo, en el marco de las intervenciones específicas de lxs especialistas. Esto es particularmente interesante en la SM, ya que no ocurre lo mismo en otros sub - campos de la salud. En el ámbito *psi*, el trabajo se realiza, generalmente, en forma procesual; Stordeur y Vernengo (2019), señalan que los procesos terapéuticos pueden definirse “como el devenir temporal de sucesos que se encadenan, incluyendo las acciones que se realizan para lograr cambios” (p.2). Se desarrollan procesos voluntarios (terapeuta-paciente/s; equipo de SM-familias; equipo de salud-equipo de SM, etc.), desde las entrevistas preliminares, la inmersión en las comunidades o la admisión en instituciones de tratamiento hasta la finalización de las intervenciones. En particular, las prácticas psicoterapéuticas se despliegan en el marco de una relación interpersonal que precisa de un acuerdo entre lo/as participantes; se trata de una relación asimétrica que inviste al terapeuta de cierto poder (Castilla y Castilla, 2001), por lo cual el proceso de consentimiento informado se vuelve necesario en todas las prácticas *psi*.

Con respecto a este asunto, Castilla y Castilla (2002), desde la perspectiva psiquiátrica, observan:

Si el objetivo de la psicoterapia es aumentar la autonomía intrapsíquica e interpersonal y ayudar al paciente a elegir libremente en su vida, la elección informada de su tratamiento podría constituir el primer paso práctico y el primer refuerzo clínico en el marco de la cura (p.11).

Por otra parte, Marta y Lowy (citados en Castilla y Castilla, 2002) señalan que:

como la psicoterapia no es un procedimiento sino un proceso, el consentimiento informado en psicoterapia debe ser también un proceso. Y dada la imprevisibilidad relativa de la psicoterapia, es preciso la repetición del procedimiento del consentimiento informado en

³² Ironía alusiva al modelo psiquiátrico asilar y al paternalismo que lo caracteriza.

función de la evolución del estado del paciente y de la progresión de los objetivos del tratamiento (p.11).

Es decir, trabajar la voluntariedad y obtener el consentimiento ha de ser la regla mínima y necesaria de las prácticas de SM. Sin embargo, en presencia de la “locura”³³, eso se soslaya y resurgen los mitos sobre la enfermedad mental con fuerza (Ministerio de Justicia y DDHH, 2023).

3.2.1.1 *Objeciones a la concepción de autonomía que sustenta la Ley Nacional de Salud Mental*

Las objeciones a la concepción de autonomía sostenida por la LNSM se articularán desde dos puntos diferentes: por un lado, desde el concepto de autonomía relacional, proveniente de las vertientes feministas de la Bioética; por otro, desde quienes rechazan la posibilidad de autonomía en ciertas situaciones de SM, fracción básicamente representada por un sector de la psiquiatría y muestra los resabios de la relación entre enfermedad mental y “peligrosidad”.

3.2.1.1.1 *Autonomía Principista y Autonomía Relacional*

Sin perjuicio de considerar que la inclusión del CI en las prácticas de SM es definitivamente un colosal paso adelante, la primera objeción que se puede encontrar en relación con la autonomía en la LNSM es que el CI propuesto proviene de concepciones individualistas de las personas, las que son concebidas como radicalmente autónomas y racionales (Salles, 2008, p.116). El CI queda acordonado en un consentimiento de tipo liberal individualista, desde una concepción de autonomía que se apoca al no conjugar las sucesivas interacciones y retroalimentaciones entre pacientes, personas cuidadoras y equipo interdisciplinario de SM en el proceso de CI. Disipa la riqueza de la dinámica procesual, muy propia de las intervenciones *psi* que conjugan con el aporte que hacen las Bioéticas feministas a la noción de autonomía.

En términos resumidos, los feminismos reconocen que las personas no somos únicamente racionales y que nos desarrollamos en contextos sociales, no estamos aisladas, por lo tanto, las decisiones autónomas requieren no sólo la reflexión crítica, sino también determinar qué circunstancias sociales colaboran en el ejercicio de la autonomía y cuáles las limitan. La autoconfianza, la autoestima y el autorrespeto influyen en la toma de decisiones, así como las normas sociales o las expectativas (Sherwin, 2014; Mackenzie, 2000; Salles, 2008). Además, hay condiciones externas que deben tenerse en cuenta: son principales las opciones con las que cuenta una persona para poder decidir. Susan Sherwin refiere:

³³ Las comillas son indicativas de la ironía que consiste en llamar locura al abanico de temas, problemas y trastornos de salud mental.

El feminismo nos enseña que las teorías morales son parciales y defectuosas cuando se enfocan en los intereses, valores y elecciones racionales de los individuos en tanto entidades abstractas, como si las historias personales y los contextos sociales de los mismos fueran irrelevantes. Las feministas son muy conscientes de que no todas las personas están en situación de independencia o equidad; muchas están en desventaja, son dependientes, explotadas, se las responsabiliza del cuidado de otros o se las limita en su capacidad de reafirmar. (2014, p.52)

Según la autora, algunas feministas cuestionan el privilegio que se otorga a la autonomía en Bioética, ya que consideran que este concepto no tiene en cuenta las circunstancias sociales de las personas y su dependencia de ellas. Es relevante la postura de Sherwin y de las feministas en general en las problemáticas de SM, que implican siempre - en diferentes grados- situaciones singulares, que conllevan aprendizajes, diferentes funciones psíquicas (pensamiento, emociones, percepción, ánimo, etc.) y –a veces- sus alteraciones.

El concepto de autonomía también es excluyente en tanto que suele adscribirse sólo a aquellas personas identificadas como racionales. No obstante, la racionalidad ha sido construida a lo largo de la historia de forma que no solo excluye a los menores de edad, sino también a las mujeres y a miembros de otros grupos oprimidos. Quienes se declaran o se perciben como seres no racionales exceden el alcance y la protección del discurso de la autonomía (Sherwin, 2014. p.54)

Iris Young (1990, p.81) deduce que hay, en la noción de autonomía tradicional, una ontología social individualista subyacente, que se corresponde con una concepción normativa del sujeto como independiente. “El yo auténtico es autónomo, unificado, libre y hecho a sí mismo, se sitúa fuera de la historia y de las afiliaciones, y elige su propio plan de vida por sí mismo” (p.97), mientras que – por el contrario- desde su propuesta, señala a la dependencia como una condición humana básica.

Catriona Mackenzie y Natalie Stoljar (2000) manifiestan que es un reto para las teóricas feministas tomar las críticas feministas a la autonomía para reconceptualizar y reconfigurar el concepto de autonomía individual desde una perspectiva feminista; es precisamente este concepto reconfigurado el que se denomina "autonomía relacional"³⁴. Al respecto refieren:

El término "autonomía relacional", tal como lo entendemos, no se refiere a una sola concepción unificada de la autonomía, sino que es más bien un término general (un término paraguas), que designa una gama de perspectivas relacionadas. Estas perspectivas parten de

³⁴ Comillas de las autoras.

una convicción compartida de que las personas están integradas socialmente y que las identidades de los agentes se forman dentro del contexto de relaciones sociales, formado por un complejo de intersecciones determinantes sociales, como raza, clase, género y etnia. Así, el enfoque de los enfoques relacionales es analizar las implicaciones de la relación intersubjetiva y social, dimensiones de la individualidad y la identidad para las concepciones de la autonomía individual y agencia moral y política³⁵ (p.4).

Las autoras dejan en claro que el contexto es decisivo en la formación y ejercicio de la autonomía:

Los enfoques relacionales se ocupan particularmente de analizar el papel que juegan las normas e instituciones sociales, las prácticas culturales y las relaciones sociales en la configuración de las creencias, deseos y actitudes de los agentes en situaciones de contextos sociales opresivos (2000, p.22).

Álvarez (2015), en un intento de reunir los rasgos fundamentales de la autonomía y subrayar los aportes feministas a la autonomía relacional, refiere tres condiciones centrales: racionalidad, independencia relacional-contextual y opciones relacionales relevantes.

1. La racionalidad: condición estrictamente subjetiva, exclusivamente interna del sujeto (elemento clásico de la autonomía, desde Kant en adelante).

2. La independencia: condición que encierra una importante dimensión relacional. Álvarez señala que “[m]ientras que la racionalidad hace referencia a una condición estrictamente subjetiva, exclusivamente interna del sujeto, la independencia se mueve en un terreno dual”, ya que, por un lado, se trata de una condición interna referida a la aptitud para distanciarse de influjos ajenos, de condicionamientos externos, de deseos y preferencias que no son propias. Pero por otro, involucra un aspecto externo que implica la posición que la persona ocupa respecto de su entorno y del tipo de relación que tiene con las personas con las que interactúa. Este aspecto toma en cuenta el contexto y las relaciones.

3. Las opciones relevantes: quienes no tienen ante sí una gama de opciones suficientemente importantes (no triviales ni delimitadas por la urgencia de la supervivencia) no están en condiciones de ejercer la autonomía. (p.3-5)

Salles (2008) manifiesta que existe, en las posturas feministas, una relación ambivalente con la autonomía; no obstante, al ser una noción que posee gran relevancia como concepto moral, no puede soslayarse. En el intento de rearticularla, surge el concepto de autonomía relacional. Diana

³⁵ Traducción de la autora de la tesis.

Meyers, por ejemplo, “considera que las relaciones sociales son condición de posibilidad de la autonomía [...]. Sólo en el contexto de las relaciones y prácticas sociales se puede desarrollar la capacidad de ser autónomo” (Meyers, 2000, citada en Salles, 2008, p. 128-129)³⁶. Autonomía no pensada como algo individual, sino – por el contrario- producto del contexto social y cultural en el que viven las personas. Como una condición que emerge de una construcción social amplia, intrínsecamente relacionada a los intercambios entre sujetos y con el entorno. La autonomía es ampliada a la relación con los otros y mediada simbólicamente por los otros (Mainetti y La Rocca, 2000). Es decir, la capacidad de tomar decisiones informadas y racionales depende en gran medida de las relaciones que una persona tiene con los demás y con su entorno.

Es preciso reconocer que el énfasis que pone la LNSM en el mantenimiento y fomento de los vínculos (familiares, educativos, laborales) obra en sintonía con la autonomía relacional. Sin embargo, la ley se corre de su espíritu cuando remite a un consentimiento asentado en una posición liberal individual, más propia de la Bioética de los principios. Se separa de su misma direccionalidad y se aferra a un “modelo estándar del agente como racional, aislado, independiente y autosuficiente” (Kaufman, 2021), desde una “consideración descontextualizada y solipsista del principio de autonomía” (Mainetti & La Roca, 2020, p.40). Se aparta, porque la misma definición de SM que sostiene la ley incorpora los elementos del contexto, está en concordancia con una perspectiva de salud mental comunitaria.

Probablemente muchas situaciones objeto de crítica hacia la ley pueden vincularse a este asunto. Este modo de concebir la autonomía, ¿escinde al paciente de sus cuidadores y del equipo tratante, en vez de concebir un “equipo” en el que estén incluidos todos (paciente, cuidadores y profesionales)? ¿Dificulta el proceso de atención a personas que se encuentran en una crisis mental? En la práctica, muchos profesionales y efectores de salud, privados y públicos, utilizan el CI como un reaseguro ante una posible mala praxis, sin desarrollar procesos de ninguna naturaleza, sino simplemente exigiendo a los pacientes la firma de un formulario (de Lellis, 2014)³⁷.

En el ámbito de la SM, se intenta inculcar la noción del CI como proceso, dentro de una situación que frecuentemente tiene vaivenes, progresos y retrocesos, en el que –además del sujeto,

³⁶ Según Salles, para Meyers: “la autonomía es una competencia que permite que las personas reflexionen críticamente, consideren su conducta y vivan en armonía con sus yo auténticos. Pero el yo es dinámico, quién es uno constituye una pregunta a ser contestada. Los valores y compromisos que las personas poseen y con los cuales se identifican cuando ejercen su autonomía son resultado de su socialización” (Meyers, 1997, citada en Salles, 2008, p. 128-129).

³⁷ Al respecto, de Lellis (2014, p.6) afirma: “Las nuevas medidas -la ley 26549 y la 26657- tendientes a proteger preservar los derechos del paciente (y, la segunda, destinada específicamente al padeciente mental) de los abusos en los que pudieran incurrir instituciones y profesionales de la salud hallan muy diferente contexto de aplicación si se piensan como un medio para empoderar a los sujetos que fueran tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones o como un mero trámite administrativo-burocrático que se traduzcan en la aplicación mecánica del consentimiento informado concebido como resguardo jurídico- legal de los profesionales (Garbus, P. et al. 2009)”.

del paciente- intervienen otros actores. Cobra especial importancia cuando se trata de situaciones críticas en las que puede existir un riesgo para la salud o la vida, tanto para sí o como para otras personas. Vale repasar los elementos constitutivos del CI para que este sea considerado válido ética y legalmente. Para ello, tomaremos el esquema que presenta Vidal (1999), en base a la propuesta de Beauchamp y Faden³⁸:

A.- Precondiciones: 1) Competencia para comprender y decidir y 2)- Voluntariedad en la decisión.

B.- Elementos de la información: 3) Revelación, (información material); 4) Recomendación de un plan y 5) Comprensión, (de los puntos 3 y 4)

C.- Elementos del Consentimiento: 6) Decisión (en favor o no del plan) y 7) Autorización (del plan elegido)

Voluntariedad y competencia son premisas necesarias, funcionan como “precondiciones” (Vidal, 1999). Con respecto a la voluntariedad para realizar acciones autónomas, pueden reconocerse tres condiciones³⁹: 1.- intencionalidad 2.- conocimiento 3.- ausencia de control externo e interno.

1- Se puede afirmar que una acción goza de intencionalidad cuando es querida de acuerdo con un plan. No hay gradación de intencionalidad, las cosas toleradas y deseadas se incluyen dentro de lo querido. 2- Conocimiento: se refiere a la comprensión de la acción. Se pueden plantear grados de comprensión o entendimiento. Faden y Beauchamp hablan de una comprensión "adecuada" y "completa" de todas las proposiciones o expresiones que describan: la naturaleza de la acción, las consecuencias previsibles y posibles resultados que puedan derivarse de ejecutar o no la acción, los riesgos, etc. 3- Ausencia de control externo. Es el poder material de hacer lo que de antemano hemos resuelto hacer. El control tiene grados, ellos son: coerción, manipulación y persuasión. 4- Existe una cuarta que es la Autenticidad. Se considera que un acto es auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y las actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente (Vidal, 1999, p. 3).

En cuanto a la competencia - refiere la autora citada- la persona debe contar con las habilidades psicológicas necesarias para el proceso de decisión; la evaluación de la competencia es una práctica necesaria para dar cuenta de los aspectos éticos requeridos por esta regla. La enfermedad

³⁸ Vidal remite a Beauchamp y Faden en: "Information Disclosure. Ethical Issues". Encyclopedia of Bioethics. Warren Thomas Reich, (Ed.). Vol 3. 1995, p. 1225- 1241.

³⁹ Vidal remite a Faden y Beauchamp: "A History and Theory of Informed Consent". Oxford University Press. New York, 1986, p. 238.

- sobre todo la enfermedad mental - en los imaginarios colectivos, está ligada al vicio y posteriormente -en la tradición católica- al pecado. Cabe aquí el señalamiento de la autora cuando afirma:

Es por demás interesante revisar la íntima relación que la enfermedad ha tenido con el vicio y posteriormente con el pecado, dependiendo las épocas en las que se la analice, lo que ha hecho considerar a los enfermos incapaces o incompetentes para tomar decisiones desde la antigüedad clásica, no sólo incapaces físicos sino también psíquicos y morales. Esta relación ha sido aún más estrecha y compleja en el caso de la enfermedad mental. (Vidal, 1999, p.2)

En este punto, lo que se pone en cuestión es el paso referido a la competencia del paciente para dar su CI. Evidentemente, hay situaciones de SM muy claras que podrían ser rápidamente evaluadas para inferir cuando la persona no está en condiciones de competencia para decidir. Es el caso de personas con alteraciones de la conciencia, con déficits intelectuales graves y personas con crisis psicóticas, con alucinaciones o delirio. Sin embargo, estos no constituyen la mayoría de los casos. Si la concepción de autonomía subyacente al consentimiento incluyera -de alguna manera alternativa⁴⁰ - al equipo tratante y/o a familiares depositarixs de la confianza del paciente, el proceso de atención quizás podría resultar más favorable.

Por otro lado, la noción de “riesgo cierto e inminente”⁴¹ es bastante imprecisa, deja a profesionales y familiares presxs de un consentir que no abreva en un proceso conjunto, en el que la decisión de internar y ser internado/a –por ejemplo- emerja de un contexto vincular. A su vez, se trata de una noción difícil de aprehender y transmitir a los equipos y a estudiantes en formación, ya que todavía no ha logrado acuñar criterios clínicos suficientemente claros, si se lo contrapone con la contundencia de la ley en cuanto a su excepcionalidad para concretar una internación involuntaria. Según el Decreto 603 (2013) que reglamenta la Ley Nacional de SM dice: “Entiéndase por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros” (Art. 20).

No obstante lo argumentado anteriormente, si bien es posible revisar el concepto de autonomía de la tradición liberal y rearticularlo como autonomía relacional, de ello no deriva que el consentimiento pueda también ser relacional. El asunto es, justamente, si es posible concebir algún consentimiento que no sea personalísimo, que se acerque a - e incluso sea circundado por- los

⁴⁰ La manera constituiría una opción a construir desde la concepción de la autonomía relacional, en relación con el CI de pacientes con padecimientos mentales.

⁴¹ Así denominada en la LNSM.

derechos personalísimos o de la personalidad. Estos “reconocen y garantizan, a la persona humana, el goce de su propia entidad e interioridad en todas sus manifestaciones físicas y espirituales” (Lamm, 2017). Son definidos por el Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina [DELS] (2017) de la siguiente manera: "constituyen una inconfundible categoría de derechos subjetivos esenciales, que pertenecen a la persona por su sola condición humana y que se encuentran respecto de ella en una relación de íntima conexión, casi orgánica e integral" (p.1).

Cabe aquí hacer referencia a la posición de las Bioéticas feministas (Luna y Salles, 2008, capítulo II), sobre la definición de salud dada por la OMS, conceptualizada como una definición amplia que incluye no sólo al bienestar físico, sino también al bienestar mental y social. Señala Salles (2008) que para la vertiente feminista:

“[esta] definición abarcadora, que no se concentra en el aspecto físico, también lo hace en el social ya que parece ser compatible con el feminismo que busca concepciones de la persona que no estén fragmentadas. Sin embargo, este enfoque ve con recelo un tipo de definición que parece sugerir que la autoridad de los médicos se debe extender a las esferas de lo mental y social. Consideran que éste es un paso peligroso, especialmente en el caso de las mujeres y de otros grupos subordinados, cuyo bienestar frecuentemente termina siendo estipulado por aquellos que tienen poder⁴² (2008, p.132)

Esta sospecha feminista sobre la definición de salud es interesante si se piensa en la evolución histórica del tratamiento de la enfermedad mental.⁴³

3.2.1.2 *Apostillas sobre la objeción*

La tradición bioética ha considerado a la autonomía liberal como lo normal o estándar en el ser humano. Luego, los feminismos incorporaron a la Bioética la emocionalidad, la interdependencia, la importancia de los contextos relacionales de producción de la vida humana, como nociones indispensables. El movimiento antimanicomial que, dio origen a la promulgación de la LNSM, en consonancia con lo cuestionado por los feminismos, disputó los sentidos atribuidos a los sufrimientos psíquicos y a los modos de tratarlos, poniendo énfasis en la protección de la autonomía de lxs padecientes mentales (Kaufman 2021). Según acuña la autora (2021, citando a Little, 1996) “la relación médico-paciente ha sido concebida, en la tradición bioética, como un contrato entre partes iguales y autosuficientes”, y ha adoptado un modelo de “consumidor –proveedor”, el que -luego de proveer información- sigue los deseos de lxs pacientes. Este procedimiento “debe ser considerado como una

⁴² Para fundamentar este aspecto, Salles cita a Susan Sherwin, en “*No Longer Patient*” (1992), y a Laura Purdy, en “*A Feminist View of Health*” (1996).

⁴³ Ver Parte I, Contexto del debate.

actitud paternalista” y se muestra inadecuado para reglar “relaciones marcadas por las asimetrías de poder propias de la relación entre médicos/as y pacientes” (Kaufman, 2021, p.41).

La LNSM sigue este modelo y, al tratarse de la SM, campo en el que las relaciones interpersonales, emociones, vínculos, contextos de aprendizaje y convivencia son su materia prima - la ley no se basa en la autonomía relacional, aunque la esboza en la relevancia que pone en el mantenimiento de los lazos sociales. Además, ¿podría haberlo hecho en esas condiciones históricas? Es posible hipotetizar que actualmente, trece años después de su promulgación, existe mayor respeto por la autonomía de lxs pacientes psiquiátrixs y que – tal vez- pueda percibirse un leve declive del modelo paternalista. Quizás ahora estemos en mejores condiciones para albergar, imaginar, modos basados en la autonomía relacional para dar y obtener el consentimiento en este ámbito. Hipótesis mediante (que podrá ser examinada en futuras investigaciones), podríamos contra-argumentar que – en Argentina 2010- era necesario. Las personas con diagnóstico y tratamiento de padecimientos mentales no eran respetadas en su autonomía moral⁴⁴ y muchas veces no gozaban de autonomía legal. En cuanto a derechos, en el caso de haber sido internadas, tenían menos derechos que las personas en contextos de encierro por comisión de delitos penales. La internación forzosa constituía una auténtica privación de la libertad, sin derecho a defensa; ni siquiera lxs presxs habían sido sometidos a una violencia semejante. Recién con la promulgación de LNSM –y luego con el nuevo CCC- comienzan a ser reconocidos los derechos de las personas con sufrimientos mentales, como son reconocidos los derechos de cualquier ciudadanx argentinx. Al respecto, Angelini S. y Larriú A. (2016) sostienen que la LNSM incorpora el concepto de situación de riesgo cierto e inminente para la determinación de internación coactiva o forzada, es decir, involuntaria; esta privación de la libertad que implica la internación involuntaria es el último recurso cuando otros abordajes no lesivos del derecho a la libertad y a vivir en comunidad no hayan sido suficientes. Para lxs autores, la internación involuntaria y la medida de seguridad penal son formas de coerción sobre la libertad y otros derechos, en los ámbitos sanitario y penal (2017).

La ley protege. Desde la premisa inicial de presunción de capacidad de todas las personas (LNSM, cap. II), dejando atrás la condición de “incapacidad” que teñía el viejo paradigma de abordaje de los problemas mentales, pasando por los 16 puntos referidos a los derechos (LNSM, cap. IV) hasta concluir, en el capítulo VII (Internaciones) donde queda expresa la condición de voluntariedad y reserva la internación involuntaria como medida excepcional sujeta a estrictos controles de legalidad.⁴⁵

⁴⁴ Entendida como capacidad de autogobernarse.

⁴⁵ Asimismo, en el artículo 22 refiere que: “La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor

Cabe destacar que cuando la ley da intervención al Poder Judicial, esta participación está destinada a garantizar el control de legalidad de las intervenciones sanitarias, especialmente aquellas que son de tipo involuntario. En el caso de niños y adolescentes, todas las internaciones se tendrán por involuntarias, precisamente para asegurar el control de legalidad en estas franjas etarias consideradas vulnerables *prima facie*.

3.2.2 ¿Autonomía para personas “alienadas” y/o “peligrosas”?

La segunda objeción que pesa sobre las disposiciones de la LNSM acerca de la capacidad proviene, mayoritariamente, de una parte del sector psiquiátrico; desde una perspectiva bioética, esta objeción encuentra su núcleo en el concepto de autonomía y, en forma adyacente, en la vulnerabilidad. La LNSM tiene como premisa inicial la presunción de capacidad de todas las personas, incluidas aquellas que tienen trastornos mentales, los que, antes de esta ley, tenían como presupuesto algún tipo de alteración o deterioro a nivel del pensamiento, de la cognición o de la percepción, según fuera el cuadro, que afectaba su capacidad.

Este sector opositor esgrime que, para sostener la presunción de capacidad, se hace necesario negar la existencia de la enfermedad mental como tal. Manifiesta que la LNSM no expresa en ninguno de sus capítulos las denominaciones enfermedad o trastorno mental (o psíquico): “LNSM no habla de ‘enfermedad mental’, ni de ‘enfermos mentales’, ni de ‘dementes’, ni de ‘insanos’, ni de ‘interdictos’ en cambio habla apenas de ‘personas con padecimiento mental’ (art. 7, 12, etc.), sin precisar el alcance de esta locución” (Mazzinghi, 2014, p.11).

En cambio, habla de “personas con padecimientos mentales”, siguiendo la misma línea tomada por la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (Unicef, 2006), Ley Nº 26.378 en Argentina. El conjunto de personas con discapacidad estaría conformado por aquellas personas que tienen alguna deficiencia motriz, sensorial, intelectual o mental y que no pueden participar de manera plena y en igualdad de condiciones en la sociedad porque se encuentran con alguna barrera que se los impide. A fin de confrontar este punto sostenido por la LNSM, representantes del sector mencionado, objetan la Convención y apuntan: “[La Convención] atribuye capacidades a quienes no están en condiciones de ejercerlas ocasionando un grave perjuicio para ellos” (Mazzinghi, 2014); aducen falta de claridad para establecer o graduar la discapacidad y –

podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento [...].Para completar las previsiones, el artículo 19 reza: “El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan”.

especialmente- que todas las personas con diferentes discapacidades y sus diferentes graduaciones quedan todas en un mismo saco sin distinciones necesarias:

la Convención en análisis proclama y postula un margen amplísimo de capacidad de las personas con discapacidad, que sumen al jurista o al intérprete en una gran perplejidad. Pues en tren de borrar las diferencias entre personas plenamente capaces y personas que no lo son, proclama o establece una serie de capacidades o aptitudes, en cabeza de quienes en muchos casos, no estarían en condiciones de ejercerlos sin un grave perjuicio para ellos [...] Muchas de las normas o propósitos que establece la Convención, que pueden parecer razonables para personas que presentan determinadas discapacidades, resultan sencillamente absurdos para personas que presentan limitaciones más severas (Mazzinghi, 2014, p.6-7).

Así es que –se argumenta- mientras no resulte claro quiénes son las personas a quienes aplicarles los principios de la convención, prevalece la confusión y la ambigüedad. Al no considerar la existencia de la enfermedad mental, reconocida en gran parte del mundo, la minimiza y niega las implicancias que tiene en la vida del sujeto que la padece. En este sentido, la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), lo señala como uno de los aspectos discutibles de la LNSM:

La ley no habla de trastornos mentales sino de “padecimientos”. Esto constituye una negación de la clínica psiquiátrica, del hecho psicopatológico (como lo llamaba Henri Ey), y equipara el padecimiento psíquico (inespecífico, que puede estar ocasionado por factores no patológicos tanto como por la injusticia social, por ejemplo) con el trastorno mental. No se trata de un problema terminológico sino de una falla conceptual básica, de consecuencias clínicas y legales (APSA, 2020, p.2).

La crítica adquiere cierta solidez al argumentar la pérdida de protecciones para las personas con enfermedades mentales que implica la LNSM, ya que quedan más expuestas a sufrir perjuicios derivados del ejercicio de algunos o varios aspectos de la capacidad, que pueden no tener en ese momento o situación. En ciertos casos, sobre todo en los casos severos, las personas que padecen trastornos mentales deberían ser protegidas en su vulnerabilidad⁴⁶; dada la desprotección que -en este sentido- implicaría el posicionamiento de la LNSM, la vulnerabilidad podría acrecentarse.

⁴⁶ Las implicancias de la LNSM en relación con los conceptos de vulnerabilidad y beneficencia/ no maleficencia serán desarrollados en los próximos capítulos.

3.2.2.1 *Falta de protecciones especiales cuando la autonomía está afectada. Riesgo y vulnerabilidad.*

La DUBDH (UNESCO, 2005) prevé, en relación con el consentimiento, un principio dirigido a aquellas personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento (artículo 7): “De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento”. A la vez, en el análisis de la autonomía y responsabilidades del paciente en el marco de la atención sanitaria, la Red Bioética UNESCO (2008) expresa:

En los casos en los que no está claro que un paciente posea la capacidad de tomar decisiones autónomas y responsables, es necesario emprender acciones especiales para evaluar su capacidad de motivarse y controlarse, de mantener compromisos y lealtades, de tomar decisiones teniendo en cuenta situaciones concretas, objetivos y resultados y, por último, de elegir a partir de principios y preferencias meditados (parte 1).

También refiere:

Existen algunas circunstancias en las que resulta difícil o imposible aplicar el principio de consentimiento. En circunstancias difíciles, hay que prestar una atención especial a la aplicación del principio, pero éste sigue siendo aplicable. Si el consentimiento resulta imposible por cualquier motivo, se aplicarán las disposiciones del Artículo 7.

Entre los ejemplos de circunstancias excepcionales encontramos: situaciones de emergencia, menores, pacientes incapaces, mental o emocionalmente, de tomar decisiones racionales, testigos de Jehová, etc.

Diez años después de la DUBDH, en 2015, Argentina tuvo su nuevo Código Civil y Comercial (en adelante, CCC), con este, el estatuto jurídico de la capacidad cambió sustancialmente y la figura de la incapacidad se aplica a pocos casos. No obstante, las objeciones presentadas anteriormente, fundadas en la falta de protección a personas cuya condición de padecimiento mental le suma capas de vulnerabilidad, no son insustanciales. Nombrar un espectro de situaciones diferentes de SM - conflictos, problemas, trastornos, enfermedades- bajo un solo término paraguas, “padecimiento mental” puede concebirse, en concordancia con el espíritu de la LNSM, como un intento de entender la SM como un proceso conformado por múltiples factores de contexto, con una bisagra social que los determina. Sin embargo, no puede soslayarse que una de cada ocho personas en el mundo padece un trastorno mental; existen varios tipos diferentes de trastornos que comportan alteraciones considerables del pensamiento, la regulación de las emociones o el comportamiento (PAHO, 2022), especialmente cuando los trastornos son severos; estos requieren asistencia y –en muchas ocasiones- protecciones y apoyos adicionales.

Desde este argumento, cuando las personas no cuentan -en determinado momento o circunstancia- con la necesaria competencia para dar su consentimiento por razones de SM, la función

de cuidado y resguardo podría verse vulnerada al no contar con protecciones especiales. Desde la mirada jurídica, el fin primordial es la protección de personas que no podrían ejercer la capacidad por el momento o en forma crónica. Por ejemplo, a propósito del caso Chano, divulgado en medios gráficos del país, publicaciones difundieron que:

la LNSM es una norma que niega la enfermedad, si la enfermedad no existe, no se la trata; en cambio se postula que hay que cambiar a la sociedad que patologiza estos trastornos [...]el riesgo potencial de la enfermedad psiquiátrica para decidir una internación sin el consentimiento del paciente”.[...] ¿Qué grado de autodeterminación y voluntad propia posee una persona para decidir sobre si inicia, continúa o no su internación, si precisamente está comprometida su voluntad y su psiquis por los efectos de las drogas? (Peiró, INFOBAE, 28-07-2021)

Desde la Bioética, se sostiene que el principio de respeto a la autonomía es aplicable cuando hay una explicación a un paciente atento y mentalmente competente acerca de la naturaleza de su enfermedad, el balance riesgos y beneficios en relación con la terapéutica indicada y, así, la persona da su aprobación – comprensión mediante, obtenida sin coerción (Roa A, 1998, p. 164, citado en Magoja, 2016). También se afirma que hay una vasta gama de situaciones en materia de Bioética donde es necesario recurrir, por ejemplo, al consentimiento presunto a fin de salvaguardar la integridad física de los pacientes; sería el caso de determinados pacientes psiquiátricos (Sánchez Caro, 2002.p.6 y ss, citado en Magoja, 2016).

En consonancia con estas afirmaciones, el reproche en los medios subraya que “El paradigma tal como está actualmente hace que la persona llegue hasta su límite, lleva a poner en riesgo su propia vida o la de terceros” (Infobae, 2021), lo que vuelve a dar un lugar central al tema del riesgo. El riesgo cierto e inminente, pero también el riesgo potencial, asunto que será tratado en el siguiente apartado.

3.2.2.2 *Riesgo y Peligrosidad.*

En el apartado anterior, se expuso la definición de riesgo cierto e inminente, establecido en el Decreto Reglamentario 603/2013. Ahí también fue manifestado que su definición resulta poco operativa para los equipos interdisciplinarios que deben atenerse a ella para la toma de decisión sobre una internación involuntaria:

la necesidad de dar lugar a un constructo que forma parte de nuestras prácticas y delimita el marco de las mismas, que -aún recién ingresando a los sistemas de formación- unx puede percibir como embadurnado de confusiones y dudas: el riesgo cierto e inminente. ¿Qué entendemos aquí?, ¿Qué entienden algunxs referentes en el tema?, ¿Qué pasa cuando se

transita la práctica en el archivo de “variables a considerar”? Sabemos, porque los pasillos nos cuentan (y las aulas también), que lxs colegas tienen opiniones encontradas y polarizadas al respecto. (Editorial, Rev. CLEPIOS, 2019, p.3)

Ligar autonomía y – su materialización- el consentimiento informado puede ser dificultoso en el quehacer clínico de SM. Al respecto formula Bianco (2019):

[E]s necesario hablar de consentimiento informado como una instancia obligatoria y de la noción de riesgo y su determinación, a partir de la evaluación clínica. ¿En qué condiciones el consentimiento tiene validez? Según el ministerio de Salud “será válido cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación” [...] Hay que considerar que una evaluación diagnóstica no contempla la ponderación de la capacidad o incapacidad, sino que debe complementarse con la valoración de una serie de elementos que incluyen: signos, síntomas, rendimientos, habilidades específicas, mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento. (p. 6)

La realidad de los servicios de SM es tan diversa y compleja como los padecimientos psíquicos que aquejan a personas singulares (Bianco, 2019), por lo que en la LNSM hay un encuentro tenso de distintos universos discursivos:

El discurso del derecho es normativo y su finalidad es ordenadora, tiende a determinar lo que se debe hacer; es estático, preciso y va de lo general a lo particular; mientras que la SM se aboca sobre la vida, lo cambiante, el singular de lo psíquico – difícil de aprehender, mensurar, de objetivar-, siendo en general las respuestas presuntivas, mientras que el del jurista es concreto, claro, preciso. (Bianco, 2019, p.7)

Otro argumento que se opone a la exigencia de voluntariedad que rige las internaciones en la LNSM, excepto en los casos de riesgo cierto e inminente, está dado por la noción de riesgo potencial. Según esta postura, la LNSM -a fin de separar el concepto de peligrosidad, yuxtapuesto por siglos a las problemáticas de SM- se ciñe a un solo tipo de riesgo (el cierto e inminente) que depende de un estado, es situacional y puede cambiar, lo que deja completamente por fuera a la posibilidad de un riesgo potencial. Al respecto, expresa Toro Martínez (2019):

Sin embargo, debe quedar bien en claro que la norma prohíbe la internación por riesgo potencial y es un error porque explícitamente reduce las internaciones a dos situaciones posibles: la voluntaria, fundamentada en beneficios terapéuticos considerada de carácter restrictivo, y la involuntaria, de carácter excepcional fundada en la ya explicada noción de riesgo. [...] Lo potencial es no cierto, pero puede ocurrir y al profesional se le exige

previsión, y la ley no ha contemplado otras instancias coactivas de tratamiento de alternativa a la internación. El punto dogmático de la ley es asimilar el riesgo potencial al de peligrosidad y no necesariamente debería ser así. ¿Cuántas veces vemos pacientes que al momento del examen no están en un riesgo inminente de daño y, sin embargo, pensamos que de seguir así las cosas terminarían mal? Eso es riesgo potencial. Peligrosidad es otra cosa, es para siempre. (p. 27)

Desde otro punto de vista, Angelini y Larriu (2016) manifiestan que “durante muchos años la peligrosidad para sí o terceros ha sido el fundamento, tanto del encierro penal como del encierro sanitario” (p.51)⁴⁷. También señalan que el concepto de riesgo se enfoca en el sujeto y su situación vincular y social, mientras que el concepto de peligrosidad lo hace solo en el sujeto. Asimismo, indican que el enfoque de la peligrosidad se basa en una concepción de sujeto determinado por aspectos biológicos; se establece una relación de causalidad donde todos los fenómenos son reductibles y explicables por factores de orden biológico.

Ambos conceptos, peligrosidad y riesgo, quedaron aglutinados en la intersección entre psiquiatría y derecho, en el actual ámbito de la criminología. Desde un análisis histórico, Emiliano Galende (2008a) señala que, a partir del Estado moderno laico, consecuente a la Revolución Francesa, el criterio de caridad -que se encargaba de la atención de personas inválidas, desamparadas, pobres, enfermas- gira hacia el criterio de asistencia; el Estado se responsabiliza de asistirlos. Con la asistencia surgen múltiples instituciones para el alojamiento de estas diversas formas de discapacidad. En este contexto surgen dos dispositivos: un espacio médico que da lugar al surgimiento de la neuropsiquiatría y el espacio del derecho penal positivo. La idea de peligrosidad, vinculada al delincuente que se traslada luego al enfermo mental, se desprende del “furor maníaco”, esa categoría dentro de la nosografía de Esquirol que vincula a dos nuevos dispositivos: el espacio de la neuropsiquiatría (como se llamaba entonces) con el espacio del derecho penal positivo. Galende arroja luz a esta asociación cuando señala:

la cárcel y el manicomio surgen al mismo tiempo y son lugares donde rigen como tratamiento de la anormalidad y del delito los mismos criterios de castigo y disciplinamiento; y los dos tienen un fuerte contenido moral porque los primeros manicomios se organizan con la idea de corregir la conducta de estas personas, de volverla a la razón [...] pero la idea del encierro se proponía corregir moralmente el comportamiento a estas personas, devolverles

⁴⁷ Angelini y Larriu (2016) agregan: “El diagnóstico interdisciplinario implica la necesidad de pensar en múltiples dimensiones la situación de la persona, ya no solo en términos psicopatológicos. El riesgo no es solo mental, psíquico”. (p.52)

la razón y permitirles retomar [...] la condición de ciudadanos, cosa que no ocurría porque el encierro era definitivo (2008a, p.402)⁴⁸.

Para poder atender al riesgo desde la salud, con mayor maniobrabilidad en todo tipo de efectores, resulta indispensable desterrar el concepto de peligrosidad del campo de la SM. Si así fuera, no sería necesario prescindir de una evaluación del riesgo más integral y realista cuando éste no revista la forma estrecha de “cierto e inminente”. La internación puede configurar un recurso terapéutico en el tratamiento de la SM, el que no requiere - en la gran mayoría de casos- de puertas cerradas y, mucho menos, de camas hospitalarias que mal cumplirían los objetivos terapéuticos. Se requiere de actividades, laborterapia, gimnasia, danza, radio, talleres, asambleas, etc. como fue reflejado en la experiencia triestina.

Concluida la exposición y análisis de las posiciones contrapuestas en relación con la dimensión de la autonomía y CI, en el próximo capítulo se examinarán las dimensiones referidas a la vulnerabilidad, justicia, estigma y equidad, en relación con el campo de la SM y a la LNSM.

⁴⁸ Refiere Galende (2008) que en 1838, Esquirol logra la aprobación de una ley para las personas diagnosticadas como enfermas mentales, por la cual el director de un asilo, podía decidir la privación de su libertad, con el argumento de peligrosidad para sí mismos o para terceros. Esto implicó delegar en un profesional la capacidad de sancionar con privación de libertad, en un proceso donde no hay lugar a la defensa y sin ninguna relación que justifique la proporcionalidad que hay entre falta y castigo. La decisión del certificado médico de internación pasa a ser una sentencia inapelable, de cumplimiento obligatorio y sin plazos de extinción.

3.3 Sucesivas capas de vulnerabilidad en los padecimientos mentales

En este capítulo se abordan las verticales de vulnerabilidad, justicia, estigma y equidad, analizadas en relación con la LNSM y al campo de la SM en general. Si bien constituyen dimensiones diferentes y se las distingue en distintos apartados con entidad propia, se considera que los efectos vinculados a la justicia en un sentido amplio –no solamente distributivo - al estigma histórico que ha pesado sobre las enfermedades mentales y los problemas relacionados a la equidad, pueden concebirse también como capas de vulnerabilidad que, una sobre otra, fragilizan las condiciones de vida de lxs padecientes mentales, por lo cual se las va vertebrando en un mismo hilo, dentro del capítulo.

3.3.1 Vulnerabilidades en el campo de la salud mental

Para introducirnos en el tema de la/s vulnerabilidad/es, nos posicionamos en el concepto de salud humana concebida en términos de bienestar, como salud integral y no como la mera “ausencia de enfermedad” (OMS, 1946). Esta afirmación histórica, contiene la premisa de que salud y enfermedad no son simples hechos, sino que representan valores, en un marco cultural inscrito en determinada historicidad; lo normal y lo patológico son construidos a partir de una referencia a una calificación positiva o negativa, “cuyo objeto no es tanto un hecho como un valor” (Canguilhem, 1971, p.177). La OMS, en su constitución (1946), definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; la salud integral puede pensarse como la capacidad y el derecho individual/ colectivo de realización del potencial humano -biológico, psicológico y social- que permita a todas las personas participar ampliamente de los beneficios del desarrollo⁴⁹.

El cambio de enfoque que ha habido en salud, desde el enfoque centrado en las enfermedades hacia el enfoque centrado en las personas que sufren una enfermedad, implica un salto de raíz bioética (Vidal, 2010). Incluso ya no hablamos de un continuum salud-enfermedad, sino de un continuum salud-cuidados; el surgimiento y la significatividad de este cambio conceptual se presumen vinculados a los aportes de las teorías feministas y serán expuestos en próximos apartados.

La OMS / OPS considera a la SM como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (PAHO, 2014). En cambio, la LNSM, como se ha afirmado, conceptualiza a la SM “como un proceso

⁴⁹ Ver Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

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” (2010, art. 3º). Desde ambas propuestas, la salud se asume como una cuestión pública y se vuelve necesario incluir en el análisis categorías suplementarias como la de “modos de vida”, es decir, el “conjunto de prácticas (praxis) que una sociedad realiza, con sus elementos, movimientos productivos y reproductivos, relaciones organizativas, su movimiento cultural y sus representaciones, así como sus relaciones ecológicas”, definida por Vidal (2010, p.22).

Los modos de vida, (en tanto categoría de análisis de la reflexión bioética, según Vidal, 2010, p.22) puede ser pensada como una categoría próxima al concepto de vulnerabilidad, concebido desde la “metáfora de las capas” de la bioeticista Florencia Luna (2008), plataforma que permite analizar las diversas condiciones de vulnerabilidad que afectan a las personas con problemas o padecimientos mentales, en relación con sus condiciones de vida y acceso a la salud. Cuando las personas que requieren los servicios de salud son niños, adolescentes o mujeres, las capas se multiplican: dificultades en las trayectorias escolares, con tres o cuatro generaciones en las que el capital cultural se ha desmoronado, con familias poco integradas, inmersas en la pobreza estructural, carentes o con dificultades de acceso a medios tecnológicos y con algún problema catalogado como de SM o trastorno ya clasificado. En el caso de adolescentes mujeres, estas capas se acrecientan, ya que puede sumarse la falta de educación o acceso a métodos anticonceptivos, el embarazo adolescente y abortos clandestinos o gran dificultad de acceso a las ILE, hasta que la IVE⁵⁰ se legalizó en Argentina.

Desde la perspectiva de Mainetti y La Rocca (2020), la vulnerabilidad comienza a consolidarse como base de toda ética, lo que afecta la concepción de autonomía que, en sí misma, debería implicar la inclusión. Remiten a Rendtorff y Kemp (2000, p. 375), quienes afirman que “el respeto por la vulnerabilidad debería verse como un principio biopolítico medular del estado de bienestar moderno”; además, las autoras afirman que la vulnerabilidad como principio ha debido responder a muchas críticas para conseguir el reconocimiento que hoy tiene, circunstancia que ha posibilitado que esta categoría, actualmente central en la Bioética, haya ido adquiriendo mayor rigor y fundamentación (Mainetti & La Roca, 2020, p.7).

Fue introducida la noción de vulnerabilidad formulada por Luna, desde la metáfora de las capas, que enriquece el concepto pues le confiere flexibilidad, permite su estratificación, hace factible el abordaje y, por ende, la posibilidad de modificación en la realidad:

⁵⁰ ILE: Interrupción Legal del Embarazo. IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

Yo propongo considerar el aspecto dinámico y contextual del concepto como parte de su propio contenido. El funcionamiento de este concepto es dinámico y relacional y que esto determina tanto su alcance como las maneras de pensarlo o concebirlo. En efecto, la vulnerabilidad debería ser pensada mediante la idea de capas. La metáfora de las capas nos da la idea de algo más “flexible”, algo que puede ser múltiple y diferente, y que puede ser removido de uno en uno, capa por capa (Luna, 2009, p.7).

La autora refuta las críticas a la vulnerabilidad, basadas en la idea de que era una noción demasiado vaga, demasiado general o demasiado extensiva y que propiciaba pensar las condiciones de vulnerabilidad como inmutables. La formulación de Luna de una concepción estratificada de vulnerabilidad implica la posibilidad de un concepto no totalizador, mediante el cual se puede ser “algo vulnerable” y “no todo vulnerable”, es decir, “no hay una ‘sólida y única vulnerabilidad’ que agote la categoría, puede haber diferentes vulnerabilidades, diferentes capas operando” (Luna, op.cit.p.8). Las capas pueden superponerse, intercalarse o corresponder a distintos problemas.

Mainetti y La Rocca señalan que es preciso distinguir vulnerabilidad permanente –lo que no significa inmutable- de vulnerabilidad contingente. La DUBDH (2005), establece protecciones especiales, en su artículo 8: “individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos” y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos. Al respecto comentan las autoras:

Esta distinción también genera dos formas de protección, la basada en los DDHH de carácter más general y que obliga al Estado a garantizar su cumplimiento y una forma complementaria que debe restablecer la vulnerabilidad perdida en situaciones en las que los derechos humanos no han sido garantizados (Kottow, 2004). Esta doble protección puede visualizarse en el artículo 8 de la Declaración Universal de Bioética y DDHH (DUBDH), que afirma: Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos (DUBDH, 2005). Aquí hay una referencia concreta a la vulnerabilidad entendida como una propiedad característica de los humanos y una obligación mayor para quienes por contingencias determinadas, culposas o no, se han convertido en vulnerables. Desde estas interpretaciones dadas a la vulnerabilidad, podemos trazar diferentes relaciones con base en el denominado principio de autonomía al que situaremos también en contextos variables, modificables y relacionales. La autonomía a la que nos hemos referido en trabajos anteriores es ampliada a la relación con los otros y mediada simbólicamente por los otros (p.9)

3.3.1.1 Vulnerabilidades en la LNSM

La LNSM no hace una mención directa a las vulnerabilidades que pueden afectar a las personas con sufrimiento mental en forma expresa; sin embargo, estas pueden entresverse en la enumeración de los derechos que protegen a las personas con sufrimiento mental⁵¹ (LNSM, Capítulo IV, art. 7°).

El mencionado art. 8° de la DUBDH (UNESCO, 2005), relativo al respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, establece: “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”. Instituye, con este principio, la necesidad de que los Estados sean garantes de la protección de las personas o grupos con mayor vulnerabilidad.

La enunciación de derechos en la LNSM es protectora; sin embargo, lo es en abstracto. Es decir, no implica que tanto el personal como la organización de los servicios de SM estén en condiciones para operar sobre las capas de vulnerabilidad, asunto vinculado también con la modalidad de abordaje que indica la ley, el que será tratado a posteriori. En particular, la Reglamentación del art. 7° de la ley establece en forma explícita que: “Los derechos establecidos en el artículo 7° de las Ley N° 26.657, son *meramente enunciativos*” [bastardillas de la autora de la tesis] (Decreto Reglamentario 603/2013). Ante lo cual, Héctor Fenoglio⁵² (2014) objeta: “las declaraciones jurídicas ‘abstractas’ no establecen realidades jurídicas efectivas sino que son declaraciones ‘meramente enunciativas’ sin efecto real, tal como lo reconoce el propio Decreto Reglamentario” (p.3). Para explicarlo, refiere:

Por la expresión “meramente enunciativos” entiendo que el Estado no se obliga ni asume la responsabilidad de establecer y hacerse cargo de llevar adelante las medidas y acciones concretas para que esos “derechos establecidos” se hagan efectivos, tanto sea por intermedio de instituciones estatales como de controlar y regular su concreción en instituciones privadas. Es inevitable que esta “declaración de derechos” genere expectativas de cumplimiento real y efectivo entre los interesados en la SM, las que son defraudadas desde el propio Decreto Reglamentario. Si bien es posible y necesario utilizar esta “declaración de derechos” para impulsar su efectiva concreción, importa tener presente que todas estas declaraciones “meramente enunciativas” no tienen efecto real en cuanto a la concreción de lo que declaran (p.5)

⁵¹ Ver Parte I, punto 2.2.1.3, referido a los derechos descritos en el artículo 7°, capítulo IV de la Ley N° 26.657.

⁵² Referente argentino en salud mental comunitaria.

La concreción de estas declaraciones, “real-izarlas”⁵³, tiene una relación directa con la justicia, materializada no sólo en la distribución de recursos, sino también en cuestiones que sobrepasan la lógica distributiva, aspecto que analizaremos a continuación.

3.3.2 La justicia y la salud mental

Vidiella (2008) sostiene que los derechos representan la protección de intereses lo suficientemente valiosos que – de no ser satisfechos – perjudican sustancialmente a la persona. Los derechos no son todos de la misma índole: algunos se cumplen cuando su titular no es interferido en su ejercicio, pero otros requieren de acciones positivas para su satisfacción. Los primeros han sido designados como derechos negativos (o derecho a la no interferencia) y los segundos como derechos positivos. Estos últimos son los derechos económicos y sociales, los cuales pueden cumplirse sólo mediante acciones positivas. Es el caso del derecho a la educación y el derecho a la salud, entre otros. La justicia distributiva, según la autora, determina criterios equitativos para distribuir los bienes sociales, es decir, los “bienes producidos por una sociedad que resultan las condiciones mínimas indispensables para vivir dignamente en ella- la lengua, la cultura, la seguridad social, los productos del trabajo, el sistema de libertades” (p.293). La salud está incluida en esta clase de bienes, dada la importancia que tiene a nivel individual y social y, por ende, cae bajo la égida de la justicia distributiva (Vidiella, 2008, p.293).

Si bien el propósito de este trabajo no es adentrarnos en un debate sobre la justicia sanitaria, resulta clave distinguir entre la formulación hegemónica del paradigma distributivo y otros enfoques, que no reducen la justicia a lo distributivo, brindados desde la ética feminista. En palabras de Iris Marion Young:

La justicia no debería referirse sólo a la distribución, sino también a las condiciones institucionales necesarias para el desarrollo y ejercicio de las capacidades individuales, de la comunicación colectiva y de la cooperación. Bajo esta concepción de la justicia, la injusticia se refiere principalmente a dos formas de restricciones que incapacitan, la opresión y la dominación. Estos impedimentos incluyen modelos distributivos, pero implican también cuestiones que no pueden asimilarse sin más a la lógica de la distribución: procedimientos de toma de decisiones, división del trabajo y cultura (1990, p.71).

Es central, porque -en el caso de la SM- los dos enfoques se empalman y resultan, ambos, sustanciales. Mientras la justicia sanitaria es generalmente analizada desde la aplicación de las teorías

⁵³ Se escribe “real-izar” separando en dos el término en el intento de enfatizar la connotación de “hacer realidad” de este vocablo.

generales sobre justicia distributiva al ámbito de la salud (Vidiella, 2008), en el caso de la SM, la distribución de los recursos reviste importancia y la lógica de toma de decisiones, segregación o estereotipos culturales ha tenido - y aún tiene- un papel determinante en la vida de las personas con padecimientos mentales.

3.3.2.1 *Justicia distributiva*

Puede observarse que en la mayoría de los países -sobre todo en los de ingresos bajos y medios- los servicios de SM adolecen de una grave escasez. Gran parte de los recursos se destinan a la atención y tratamientos especializados y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental comunitario (PAHO-WHO, 2015). Según indica la OMS/OPS (2015), los trastornos mentales, neurológicos y de consumo de sustancias (MNS)⁵⁴ son los principales contribuyentes a la carga mundial de enfermedad en todo el mundo, ya que representan un 13% de años de vida ajustados por discapacidad y están en aumento. Coexisten comúnmente con otras condiciones de salud crónicas y, si no se tratan, empeoran el resultado de estas afecciones. Este problema se ve agravado porque, a escala global, entre el 75% y 90% de las personas con trastornos MNS no reciben tratamiento. Esto constituye la brecha de SM, que tiene como razón básica la falta de inversión en recursos humanos para su atención (OMS, 2015).

Los recursos financieros para desarrollar y mantener servicios de SM en los países de ingresos bajos y medios son extremadamente bajos. Una de cada diez personas sufre un trastorno de SM pero solamente el 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de SM (OMS, 2015).

Ante este panorama y como una vía de solución la OMS-OPS, lanzó en el año 2008 el *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mental Health Gap (mhGAP)*⁵⁵. El objetivo fue mejorar el acceso de las personas con trastornos MNS a la atención no especializada, mediante la capacitación de agentes de salud en la forma de evaluar, tratar y dar seguimiento a estos pacientes, lo que incrementa la cantidad de proveedores y reduce, así, la brecha⁵⁶. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones comenzó, en 2018, a promocionar y apoyar los lineamientos de la estrategia mhGAP (Ministerio de Salud, 2018; Gobierno de Neuquén, 2019; Gobierno de Tucumán, 2019; Gobierno de Tierra del Fuego, 2022), aportando herramientas de atención en el PNA⁵⁷, a fin de reducir

⁵⁴ Denominación utilizada por la OMS-OPS para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, en adelante MNS. Justamente, uno de los cambios que introdujo la LNSM fue no utilizar las mencionadas nomenclaturas, a las que se han considerado estigmatizantes y, en cambio, utilizar la denominación general “padecimientos mentales”. No obstante, la Iniciativa Especial para la Salud Mental de la OPS tiene especial consideración por la implementación de la LNSM. <https://www.paho.org/es/programa-mhgap-argentina>

⁵⁵ Sigla de Mental Health Gap.

⁵⁶ Para ello creó una herramienta técnica basada en la evidencia llamada Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP), a fin de redistribuir las tareas clínicas previamente reservadas para especialistas en salud mental (psiquiatras, psicólogos y enfermeras psiquiátricas) a agentes de salud no especializados, quienes se entrenan en competencias básicas de SM.

⁵⁷ PNA: primer nivel de atención de la salud.

esta brecha de acceso a la SM en Argentina y, aunque las provincias tienen diferentes desarrollos en su implementación, el rumbo se mantiene. La validez de aplicar esta vía de solución aportada por la OMS-OPS o no, tiene aspectos a favor y en contra. Como aspectos a favor podemos situar: su aplicación disminuirá la brecha de atención de problemas de SM, lo que aumentará la accesibilidad al sistema de salud, en pos de mayor justicia y equidad; al ser tratados en el contexto local, las personas con problemas de SM podrán mantener sus vínculos y redes sociales, con la preservación de sus valores culturales y comunitarios; la inclusión social de estas personas se verá favorecida al ser atendidas en el primer nivel de atención mediante la estrategia de APS, por su médico de cabecera o de preferencia, lo que disminuye el estigma y la discriminación al ser tratados en forma oportuna. Estos argumentos abonan a los ejes de la ley de SM alineados al abordaje comunitario, la inclusión social y la accesibilidad a los servicios de salud. Entre los aspectos no favorables podrían señalarse: el abordaje de los problemas y/o trastornos de SM por parte de personal de salud no especialista, contribuye al retaceo de partidas presupuestarias para SM; presuponer que personal no especialista en SM puede detectar y tratar los trastornos MNS, implica desvalorizar la especificidad de la SM y, con ello, minimizar el valor que ésta tiene en el proceso de salud integral; el estigma que sufren las personas con enfermedades mentales no será disminuido si se recortan aún más los servicios idóneos para proveer el tratamiento adecuado. Estos argumentos se relacionan con las críticas a la implementación de la LNSM, en cuanto a las modificaciones presupuestarias enunciadas para la transformación en SM y lo que efectivamente ha sido destinado, aspecto que será desarrollado en el apartado sobre proceso de desmanicomialización.

3.3.2.2 *Injusticias relacionadas al padecer mental: la justicia más allá de la distribución*

Es aquí donde la propuesta de Young y otras feministas⁵⁸ de considerar una serie de cuestiones que sobrepasan la distribución de recursos ocupa un lugar de centralidad en las cuestiones de injusticia/justicia respecto del padecer mental humano. Como fue expuesto en la primera parte, haciendo un corte estructural en la historia de la SM, su tratamiento sociocultural ha tenido que ver con la opresión y la marginación.

Según Young (1990), en la concepción de justicia hay cuestiones que van más allá de la justicia distributiva: existen condiciones de desarrollo y ejercicio de las capacidades individuales, la comunicación colectiva, la cooperación, la lógica de toma de decisiones, división del trabajo y cultura que exceden ampliamente la lógica de la justicia distributiva. En particular, la autora señala dos formas de restricciones que incapacitan: la opresión y la dominación. A los fines de este trabajo, nos referiremos a la opresión, tal como es utilizada por Young en relación con los movimientos sociales y

⁵⁸ En su estudio, Kaufman J. (2021) menciona aportes de Mahowald, Scully, Little, MacKey, entre otras.

políticos de los años 60 y 70, los que cambiaron el significado del concepto opresión, designando “las desventajas e injusticias que sufre alguna gente no porque un poder tiránico la coaccione, sino por las prácticas cotidianas de una bien intencionada sociedad” (1990, p. 74).

La opresión es entendida por Young en un sentido estructural amplio⁵⁹: “Sus causas están insertas en normas, hábitos y símbolos que no se cuestionan, en los presupuestos que subyacen a las reglas institucionales y en las consecuencias colectivas de seguir esas reglas” (p.75). Es decir, denotan las profundas injusticias que sufren algunos grupos, entre los que incluye a los “discapacitados mentales”⁶⁰, como consecuencia de presupuestos y comportamientos frecuentemente inconscientes, más allá de buenas o malas intenciones, y también por la influencia latente de los estereotipos culturales y los difundidos por los medios de comunicación, jerarquías burocráticas, mecanismos del mercado, es decir: los procesos sociales habituales en la vida de las sociedades. Según escribe Young “las opresiones son sistemáticamente reproducidas en las más importantes instituciones económicas, políticas y culturales” (1990, p.75).

Particularmente, en relación con la marginación - una de las caras de la opresión⁶¹- colectivos o grupos como las personas pobres, las mujeres, niños y adolescentes y las personas enfermas mentales, han quedado- en el liberalismo tradicional- explícitamente excluidos de la ciudadanía “y mucha de esta gente era alojada en instituciones diseñadas a imitación de la prisión moderna: asilos de pobres, manicomios, escuelas”, instituciones de servicios burocráticas, con las que se establece una relación de dependencia, quedando “sujetas a un trato paternalista, punitivo, degradante y arbitrario” (1990, p.95) por parte de los mismos profesionales o personal a cargo.

Ser dependiente en nuestra sociedad implica estar legítimamente sujeta a la frecuentemente arbitraria e invasiva autoridad de quienes suministran servicios sociales, y de otros administradores públicos y privados que aplican reglas que la persona marginal debe acatar, ejerciendo además poder sobre sus condiciones de vida (Young, 1990, p.95-96).

Esta dimensión de justicia concebida de manera estructural puede aplicarse a las condiciones históricas de vida de las personas con sufrimientos mentales, haciendo hincapié en la marginalidad y estigmatización que ha caracterizado a este colectivo dentro del modelo manicomial-tutelar y sus peculiaridades. Si bien las críticas a este modelo serán tratadas en el próximo capítulo, este contexto de injusticia ha definido concretamente la vida de los padecientes mentales.

⁵⁹ Y no solamente “como el resultado de las elecciones o políticas de unas pocas personas”, refiere Young (1990, p.75).

⁶⁰ Dentro de esta denominación utilizada por la autora, puede leerse la referencia a personas con trastornos mentales y sus efectos.

⁶¹ Young (1990) distingue cinco caras de la opresión: explotación, marginación, carencia de poder, imperialismo cultural y violencia.

3.3.2.3 *Justicia y Bioética de las Situaciones Emergentes y de las Situaciones Persistentes*

Dentro de las corrientes bioéticas surgidas en LA, muy vinculada a cuestiones atinentes a la justicia, se ubica la propuesta que hace la llamada Bioética de Intervención, como una revisión crítica (Porto & Garrafa, 2005) en la que se resalta que “la justicia distributiva no debería ser *prima facie*, sino una condición *sine qua non* para el cumplimiento de los demás principios, o para resolver problemas macro-sociales en salud” (Kaufman, 2021). La Bioética de Intervención plantea una diferenciación en dos ámbitos de reflexión e intervención crucial para las condiciones de vida en la región. Uno de sus autores insignes, Volnei Garrafa, plantea una “teoría periférica” (Garrafa & Prado, 2002, p.30), alternativa a los abordajes tradicionales verificados en los países centrales (especialmente el principismo) en la que distingue la existencia de dos bioéticas:

1) La Bioética de las Situaciones Emergentes, visión que acompaña el nacimiento de la Bioética en tanto disciplina y campo de reflexión, vinculada a las corrientes clásicas, con un direccionamiento preferencial hacia las cuestiones biomédicas y biotecnológicas, que se afana en dar respuesta a situaciones que tienen que ver con los conflictos y dilemas que surgen del avance tecno - científico y los valores o principios puestos en juego. 2) La Bioética de las Situaciones Persistentes, vinculada con condiciones que se mantienen en las sociedades humanas desde la antigüedad: la exclusión social, la pobreza, las diferentes formas de discriminación o la insuficiencia de recursos para la salud pública⁶²; es decir, situaciones que remiten a las reflexiones e intervenciones en aquellas situaciones endémicas y graves que hacen a la salud de las poblaciones y que acarrear profundas distorsiones e injusticias sociales (Garrafa & Porto, 2003).

De acuerdo a este enfoque, se requiere dar lugar a categorías tales como liberación, responsabilidad, cuidado, solidaridad crítica, alteridad, transformación, tolerancia, para el ejercicio de una práctica Bioética comprometida con los sectores más vulnerables, con lo público y el equilibrio ambiental - planetario actual (Porto & Garrafa, 2005). La Bioética de Intervención se fundamenta en los DDHH, defiende el reconocimiento del derecho colectivo a la igualdad y equidad que integra el discurso de la ciudadanía expandida, para la que los derechos están más allá de las garantías aseguradas por el Estado. La intervención debe garantizar a todos los seres humanos: a) los derechos de primera generación, relacionados al reconocimiento de la condición de persona como requisito universal y exclusivo para la titularidad de derechos); b) los derechos de segunda generación -que significan el reconocimiento de los derechos económicos y sociales que se manifiestan en la dimensión material de la existencia-; y c) los derechos de tercera generación -referidos principalmente a la relación con el ambiente y la preservación de los recursos naturales (Porto & Garrafa, 2005).

⁶² Vale señalar que entre los problemas mencionados como permanentes a lo largo de la historia, el autor también incluye el aborto y la eutanasia, a los que no nos referiremos en este trabajo.

Desde la perspectiva de la Bioética de Intervención, las nociones de igualdad y equidad son centrales: la equidad implica el reconocimiento de necesidades diferentes de sujetos diferentes, es una de las vías principales de la ética aplicada frente a la realización de los DDHH universales. La igualdad es la consecuencia deseada de la equidad, es el punto de llegada de la justicia social, que ocupa un lugar de referencia de los DDHH y el reconocimiento de la ciudadanía (Garrafa, 2014).

3.3.3 La cuestión del estigma en Salud Mental

En la primera parte, fue descrito el problema del estigma en relación con la propia historia de los problemas y enfermedades mentales. En este apartado señalaremos algunas consideraciones que amplían y sitúan el problema.

La primera consideración, estrechamente vinculada a la tradición psiquiátrica, está dada por la existencia de una lógica de la consideración no humana del enfermo mental, según afirma González Álvarez (2007), considerando que la psiquiatría hegemónica ha negado en forma expresa o tácita la condición humana del enfermo mental, razón por cual se verían privados de los derechos ciudadanos y del respeto a los principios de autonomía y no maleficencia. El autor atribuye a esta tradición psiquiátrica la vigencia del manicomio y, obviamente, el nacimiento del discurso psicopatológico. Allí, se hace una negación del valor de la palabra de las personas internadas, es decir, la condición de seres hablantes que distingue al hombre del resto de los animales (p.191). “Psiquiatrizar (medicalizar, psicologizar) el sufrimiento, la diferencia, la pobreza o la violencia, cuya expresión individual [es] diagnosticada (etiquetada) como enfermedad [...]” (p.195).

Siguiendo a González Álvarez, existe una “interferencia descontrolada de la industria farmacéutica en la investigación, en los eventos o en las prácticas de la SM y asistencia psiquiátrica... una política industrial de consumo donde el mercado dicta las normas de la política de salud” (2007, p.198). Al respecto, surgen las siguientes cuestiones: a) Por un lado, está comprobado que los psicofármacos son de gran ayuda para varios de los problemas de SM, pero ¿cómo medicar a las personas si la fuente de información privilegiada es brindada por la industria farmacéutica? ¿Cuáles son las verdaderas consecuencias a largo plazo de estos tratamientos? Una propuesta sería obligar a los Estados a realizar investigaciones longitudinales, con muestras representativas y resultados generalizables, como condición para mantener habilitada la venta de los fármacos. b) Por otro lado, los Estados deberían comprometerse a realizar la inversión necesaria para establecer casas de medio camino, acompañantes terapéuticos, talleres de capacitación con salida laboral supervisada, etc.; es decir estructuras que permitan la erradicación de los neuropsiquiátricos, con disponibilidad de recursos humanos para su acompañamiento.

Luego, retomando el concepto de las capas de la vulnerabilidad, observamos que las personas con problemas mentales corren un riesgo mucho mayor de sufrir agresión y violencia que la población

general. Los factores que ponen a estas personas en mayor riesgo de violencia incluyen el estigma, la discriminación y el desconocimiento, así como falta de apoyo social (OMS, 2015).

El estigma tiene consecuencias que perduran en el tiempo; trae aparejados estados anímicos negativos, con sentimientos de vergüenza, culpa, desesperanza, angustia, miedo. Sobre todo, provoca la renuencia a buscar y/o aceptar ayuda; puede acortar la esperanza de vida y retrasar la recuperación. Las personas con trastornos mentales graves tienen dos o tres veces más probabilidad de morir a causa de enfermedades prevenibles en comparación con el resto de la población. Una razón radica, justamente, en que estas personas y sus cuidadores son reacios a buscar ayuda debido a los altos niveles de estigma y discriminación que sufren. Es frecuente la falta de atención de la salud física durante la evaluación y el tratamiento de las condiciones mentales, lo que contribuye a descuidar la salud (OMS, 2015).

Las Naciones Unidas y la OMS (2008) se pronuncian sobre el principio de no discriminación aplicada al derecho a la salud y expresan:

La discriminación es cualquier distinción, exclusión o restricción, hecha por diversas causas, que tiene el efecto o el propósito de dificultar o impedir el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Está relacionada con la marginación de determinados grupos de población y por lo general es la causa básica de las desigualdades estructurales fundamentales existentes en la sociedad. A su vez, esa situación hace a esos grupos más vulnerables a la pobreza y la mala salud. No debe sorprender que los grupos tradicionalmente discriminados y marginados a menudo padezcan un número desproporcionado de problemas de salud (p.16).

La internación compulsiva, propia del modelo tutelar, propicia el incremento de las capas de vulnerabilidad. Precisamente, la LNSN establece claras restricciones para las internaciones en pos de garantizar un trato desestigmatizante, no discriminatorio y sujeto a derecho⁶³.

3.3.4 La pobreza: apostillas sobre la equidad

Luego de analizar las vulnerabilidades y, asimismo, cuestiones relacionadas a la justicia, opresión, marginación y estigma, antes de finalizar el capítulo daremos una vuelta de tuerca más, en relación con el impacto que tienen las condiciones de desigualdad en la SM, desde una visión concreta: la del acceso a los servicios de salud/SM.

En relación con la atención sanitaria, la evidencia se pronuncia a favor de la ley de cuidados médicos inversos (formulada por el sanitarista Tudor Hart, 1971), la que indica: “el acceso a la atención médica o social desde el supuesto que la calidad de la atención varía en proporción inversa a su

⁶³ Ver Parte I, 2.2.1.5.

necesidad en la población asistida”. Hart sostuvo que “la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Esta ley de cuidados inversos se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado y menos donde la exposición esté reducida” (The Lancet, Ley de cuidados inversos, 2021).

En su editorial, la revista The Lancet (2021) afirma:

Aunque la desigualdad en la salud y sus muchas causas son ampliamente comprendidas, la inequidad en la prestación de servicios de atención médica es duradera y fundamental: un concepto intratable que se encuentra en el corazón de la ley de cuidado inverso. La ley de atención inversa se basa principalmente en la inequidad (injusticia) en la atención de la salud que resulta en desigualdades sociales injustas (desequilibrios) en la salud.

Es decir, las personas “más vulnerables profundizan sus condiciones de vulnerabilidad y quienes presentan menor riesgo relativo tendrán mayores posibilidades de acceder a servicios que permitan resolver satisfactoriamente los daños a la salud” (de Lellis, 2014, p.7)⁶⁴. La evidencia existente en todo el mundo muestra que cuando existen mayores niveles de pobreza se reportan mayores casos de morbilidad en SM y, a la vez, menores posibilidades de acceso a la atención (OPS-OMS, 2015). Según manifiesta de Lellis (2014, p.7), “la ética se traduce en principios tales como asegurar la accesibilidad equitativa a los servicios de atención o generar condiciones que aseguren a las personas con padecimiento mental los derechos vinculados a la inclusión social...” En la mayoría de los estudios de Latinoamérica realizados con adultos, se ha observado que la posición socioeconómica se relaciona negativamente con indicadores de trastornos mentales y, aunque existen menos estudios, se ha observado la misma tendencia en el caso de adolescentes y jóvenes; lo anterior coincide asimismo con los resultados de investigaciones realizadas en países de altos ingresos. El riesgo –señala el autor- de adoptar argumentos de la “deriva social” (2014, p.7) según la cual “la existencia de sujetos que, como consecuencia de su enfermedad son precipitados del bienestar a la pobreza resulta un signo evidente de una relación causal inversa entre pobreza y enfermedad, con la confirmación de que cada uno tiene lo que se merece” (Berlinguer, 1994, citado en de Lellis, 2014, p.7). Las relaciones entre pobreza y SM siguen una lógica circular: los determinantes socioeconómicos adversos incrementan el riesgo de experimentar problemas psicológicos, a la vez que los trastornos mentales implican un mayor riesgo de exclusión social.

⁶⁴ El autor prosigue: “Precisamente otra de las reglas fundamentales de la ética social como justicia distributiva exige que se trate a los iguales de modo igual y a los desiguales de modo desigual (Whitehead, A; 1992) (Evans T; Whitehead, M. Diderichsen, F. 2002). Concibiendo este último principio como diferenciación para la igualdad, si no se impulsan acciones que permitan cerrar la brecha entre las condiciones de los menos favorecidos respecto de los más favorecidos se reforzará la distancia entre lo que predica o suscribe en el discurso (jurídico, en su mayoría) y lo que efectivamente se practica en las instituciones de salud (Kraut, A. 2005)” (de Lellis, 2014, p.7).

En este mismo texto, de Lellis aporta los resultados de un estudio de revisión⁶⁵ del 2013 que confirma “evidencias consistentes en la relación de pobreza y padecimiento mental y señala factores que inciden en su perpetuación”. En este estudio, se afirma que el 13% de adultos con bajos ingresos con trastorno por estrés postraumático reciben el tratamiento adecuado; el 75%-80% de los niños de familias con bajos ingresos no tienen acceso a los cuidados de SM que necesitan; esta cifra se incrementa en las minorías étnicas, como ocurre entre la población latina norteamericana, donde el porcentaje es del 88%. Como manifiesta de Lellis, “[E]n el campo de la salud mental subsiste aún un grave problema ligado a la brecha de tratamiento que afecta muy especialmente a las poblaciones desfavorecidas” (2014, p.8). Consideremos la existencia de barreras a la accesibilidad que obstaculizan o impiden la realización de un tratamiento, según el autor citado (2014):

- Barreras logísticas: relacionadas con los costos económicos que implican los tratamientos o arribar a efectores de SM geográficamente distantes y el desconocimiento de recursos asistenciales a los que podrían tener derecho);
- Barreras actitudinales o simbólicas: basadas en el temor a la estigmatización, miedo a que el profesional le trate con prejuicios, a tener una mala experiencia, a perder la custodia de lxs niñxs o ser separado de la familia, etc.
- Barreras provenientes del sistema de salud (falta de profesionales conocedorxs de la cultura de grupos sociales desfavorecidos, sesgos profesionales y el desconocimiento de recursos intersectoriales).

Para quebrar el círculo vicioso que vincula desigualdad social y padecimiento mental se necesita “un enfoque flexible, culturalmente situado y que se aplique específicamente a las representaciones y conductas de los profesionales sanitarios” (de Lellis, 2014, p.9). Empero, es indispensable también reubicar el foco de prioridades sobre los sectores económicamente más desfavorecidos, ya que estos están expuestos de manera continua a factores estresantes propios de las condiciones de vida y esto tiene efectos sobre la SM.

Luego de haber planteado las consideraciones bioéticas referidas a la/s vulnerabilidad/es, justicia, estigmatización y equidad en este capítulo, en el siguiente serán desarrolladas las cuestiones atinentes al proceso de desmanicomialización.

3.4 El proceso de desmanicomialización. Asociaciones con el cuidado, la opresión y la salud pública

La cuestión concerniente al proceso de desmanicomialización constituye un andamiaje que abarca una serie de temas centrales en SM y es atravesado por las dimensiones bioéticas analizadas

⁶⁵ El estudio referido por el autor se denomina Poverty and mental health: how do low-income adults and children fare in psychotherapy?, autores De Carlo Santiago C, Kaltman S, & Miranda J (2013) Journal of clinical psychology, 69 (2), 115-26.

hasta acá y algunas otras. En este capítulo se examinarán tres asuntos aún no tratados, relacionados con el proceso mencionado:

1. La dimensión del cuidado, como un elemento central en el proceso de salud-enfermedad-cuidados, su papel en el campo de la SM y en la constitución subjetiva.
2. Opresión-medicalización e inclusión social, en cuanto los dos primeros términos se conjugan y ambos se contraponen a la perspectiva de inclusión social.
3. Desmanicomialización en relación con la ética de la salud pública y a la beneficencia.

Al finalizar el capítulo, se expondrán las consideraciones relativas a cuestiones no contempladas por la LNSM.

3.3.5 El cuidado de la salud

Introducimos la dimensión del cuidado de la salud/SM como primera instancia de reflexión en la medida en que esta noción presenta diferentes aristas en el proceso de desmanicomialización. Por este motivo, la noción de cuidado será abordada desde:

- La transformación del continuum salud/enfermedad.
- Las implicancias de los aportes de las éticas del cuidado en la concepción y extensión de la noción de cuidado en la SM.
- El cuidado como un concepto superador que excede el ámbito sanitario.

3.3.5.1 *La transformación del continuum salud/enfermedad*

A través del tiempo han ido surgiendo diferentes definiciones de salud. Inicialmente, la salud fue concebida desde la enfermedad; descrita en contraposición a términos negativos de malestar y desajuste orgánico, desde la visión característica de las corrientes biologicistas. Aunque luego fueron, también, agregados factores psíquicos, sociales y materiales, el malestar y la enfermedad fueron los elementos centrales para conceptualizarla en términos de equilibrio adaptativo al medio ambiente. Luego, aparecieron conceptos ampliados de salud que plantearon la necesidad de concebirla como algo que trasciende la falta de malestar, es decir, que incorpora el componente de bienestar; es el caso de la definición que sostiene la OMS en su preámbulo de constitución en 1946. Entre estos conceptos, también se incluye el componente social de la salud, se resaltan las relaciones entre salud y sociedad y se la entiende como recurso y también resultado de las estructuras sociales. (Vergara Quinteros 2007)

En la década pasada, pudo observarse un viraje, en el que fue reemplazado el término "atención" de la salud por el término "cuidado", en el continuum del proceso de salud --enfermedad

--atención que pasó a configurarse como proceso de salud—enfermedad--cuidados. (Michalewicz, Pierri y Ardila, 2014). La noción de cuidado conlleva una connotación más amplia e integral que la atención: entraña relaciones horizontales, simétricas y participativas, quita la centralidad al lugar de las instituciones y agentes de salud y reconoce que muchas de las acciones de salud ocurren en la vida cotidiana y sus prácticas. (Stolkiner & Ardila, 2012)

De acuerdo con la corriente médico social/salud colectiva⁶⁶, el cuidado es considerado como una dimensión relevante que implica, entre otras características, una “relación intercesora con el mundo subjetivo del usuario y el modo en que construye sus necesidades en salud” (Mehry E.E., 2006 p. 78) De acuerdo a Benet, Merhy y Pla, la dimensión cuidadora es entendida

como una producción subjetiva que se da a partir del trabajo vivo en acto y en los encuentros entre las personas que participan de su producción. El trabajo vivo en acto es aquel que se da en el momento de la interacción y que no puede prefabricarse ni estereotiparse porque se rige por lo que ocurre y circula entre las personas implicadas. De esta manera, la dimensión cuidadora se define como un espacio relacional donde pueden generarse procesos de acogida, vínculo y responsabilización (2011, p. 230).

La psicóloga y sanitarista Alicia Stolkiner afirma que la dimensión del cuidado:

Requiere de prácticas en salud integrales que incorporen la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Prácticas que se desplazan de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” (De Souza Campos GW, 2001) y que requieren de nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinareidad (Stolkiner y Ardila, 2012). Se trata de prácticas en las cuales el componente de objetivación inherente a toda intervención disciplinar queda subordinado al reconocimiento del otro como sujeto con capacidad de innovación y como sujeto de derechos (2013, p.19).

La formulación salud-enfermedad-cuidados adquirió fuerte circulación en los debates, textos académicos o de divulgación. Michalewicz, Pierri y Ardila (2014) -desde el marco referencial conceptual del movimiento de medicina social/salud colectiva latinoamericana- plantearon al cuidado “como ética que orienta las prácticas en salud” (p.1.) y, para dar sustento a este planteo, realizaron un estudio con el propósito de indagar sobre los usos polisémicos del término cuidado en el campo de

⁶⁶ La perspectiva de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas (MS/SC) ha sido desarrollada desde los años 70 y ha adquirido formas institucionales diversas, lo que sustenta la implementación de políticas en algunos países de Sudamérica. Funciona al modo de una red informal de personas, núcleos académicos y movimientos. El objeto de la MS/SC son las necesidades sociales de salud de los grupos poblacionales, la organización de los servicios de salud, la planificación y la gestión de la salud. (Casallas-Murillo, 2017; Stolkiner & Ardila, 2012)

la salud e intentar arribar a una definición de este vocablo. Para ello, realizaron una revisión de la literatura científica de LA y el Caribe en el período 1980-2014 y obtuvieron cinco categorías emergentes sobre el uso del término cuidado: 1- como dimensión de las prácticas en salud relacionada a lo vincular/afectivo; 2- como prácticas no formales en salud; 3- como un concepto superador de la simple atención, a partir de características como la integralidad y la participación; 4- como eje que orienta la atención centrándose en los usuarios y 5- como sinónimo de atención. De estas categorías emergentes, interesan a este trabajo las primeras tres, en la medida en que muestran una visible relación con los aportes de los feminismos, que incorporaron los conceptos de cuidado y de consideración de componentes subjetivos en la reflexión bioética. Es interesante que los autores indican que el término cuidado, en el idioma inglés (*care*) es connotativo de varios sentidos que no están en el español, como por ejemplo: interesarse por algo o alguien, dar importancia, ocuparse o preocuparse.

Por otra parte, Emerson Merhy, en “Salud: cartografía del trabajo en vivo” (2006), afirma: “en las relaciones, todos estamos inmersos en los procesos de fabricación subjetiva” y el acto de cuidar es el “alma de los servicios de salud”. El autor estudia cómo se produce el cuidado en la salud y las posibilidades de pensarlo en dirección a los actos comprometidos con las necesidades del usuario. Sostiene que “en el campo de la salud, el objeto no es la cura o la promoción y la protección de la salud, sino la producción del cuidado por medio del cual se cree que se podrán alcanzar la cura y la salud” (p.56) y que una de las consecuencias más serias del modelo médico hegemónico ha consistido en reducir al mínimo la dimensión cuidadora del trabajo en salud; “[...]podríamos decir que la muerte de la acción cuidadora de los varios profesionales de salud ha construido modelos de atención irresponsables frente a la vida de los ciudadanos” (p.61). Existe, entonces, para Merhy, un núcleo cuidador que pertenece a todos los trabajadores en sus relaciones intercesoras con los usuarios y en el cual actúan los procesos relacionales (p. 61-62). El personal de salud, “cualquier profesional de salud, independientemente del papel que desempeñe como productor de actos de salud, es siempre un operador del cuidado” (p.65).

3.3.5.2 *Implicancias de los aportes de las éticas del cuidado en la concepción y extensión de la noción de cuidado en la salud/salud mental*

Según algunas teóricas feministas, el cuidado -como una dimensión de las prácticas referida a los aspectos vinculares y afectivos que se juegan constantemente en el ámbito sanitario- es constitutivo de los seres humanos y por lo tanto objeto de la reflexión ética (Young, 1990; Sherwin, 2014; Salles, 2008). Las personas son concebidas como seres que forman parte de una comunidad y tanto pacientes como médicos están embebidos en contextos políticos y sociales complejos (Sherwin 2014).

Las prácticas de cuidado que realizan las personas por fuera de los sistemas formales de atención de la salud o los cuidados en el hogar de personas con alguna dependencia o enfermas, son ejemplos, precisamente, de aquellas situaciones que interesan a la ética del cuidado. La mencionada teorización propone que las relaciones entre las personas son primordiales en la preocupación moral. Carol Gilligan, en su libro "In a Different Voice" (1982), traza un antes y un después en la consideración de las características de las preocupaciones y juicios morales de las mujeres, a quienes atribuye una propia voz, diferente a la de los hombres; el análisis del desarrollo moral de las mujeres muestra significativas diferencias con el de los hombres, quienes han hegemonizado los debates ético-morales, las investigaciones y, también, han sido ellos quienes –como sujetos de investigación- han tenido excesivo predominio en los estudios realizados previamente. A través de su investigación, Gilligan observa “la centralidad de los conceptos de responsabilidad y cuidado en las construcciones de las mujeres sobre el dominio moral” (p. 105), el vínculo estrecho existente entre las relaciones humanas, la constitución del yo y de la moralidad. En cuanto a la ética del cuidado, la autora refiere que “refleja un conocimiento acumulativo de las relaciones humanas, evoluciona en torno a una idea central, que el yo y el otro son interdependientes” (1982, p.74). Asimismo, “la responsabilidad por el cuidado incluye tanto a uno mismo como a los demás, y el mandato de no lastimar, liberado de las restricciones convencionales, sostiene el ideal del cuidado mientras se enfoca en la realidad de la elección” (p. 74). Gilligan señala que es necesario reconocer la importancia de la conexión entre uno mismo y lxs otrxs, ya que sostener un concepto del yo separado, junto a principios morales no comprometidos por las limitaciones de la realidad se reduce a un ideal adolescente (p.98). Los dilemas hipotéticos, abstractos, “despojan a los actores morales de la historia y psicología de sus vidas individuales y separa el problema moral de las contingencias sociales de su posible ocurrencia” (p.100). La reconstrucción del conflicto o dilema en su particularidad contextual permite la comprensión de la compasión y la tolerancia que suelen distinguir los juicios morales de las mujeres (p.100). Al respecto, Gilligan afirma que la insistencia en lo particular, en términos de lo real, solicitando o proporcionando información sobre las circunstancias, es decir, el contexto donde las personas viven, resulta fundamental para la preocupación moral y, por ende, para la ética del cuidado (p. 100-101).

Si bien Carol Gilligan introdujo la ética del cuidado en el discurso académico y público, por su parte, Nel Noddings aporta sobre la necesidad de educar socialmente en la ética del cuidado y pone énfasis en la interdependencia moral, en la responsabilidad compartida socialmente sobre la fortaleza o debilidad moral de cada miembro de nuestra sociedad. Si lxs niñxs fueran educados “en la respuesta del cuidado”, estarían en condiciones de construir un yo cuidador confiable que, a posteriori, podría alcanzar a las políticas sociales, las que podrían entonces estar en consonancia con una ética del

cuidado (Noddings, 2002, p. 223). Para esta teórica, la necesidad de ser cuidado constituye un universal humano, ya que nacemos absolutamente dependientes del cuidado de los demás; para preservar la vida, crecer y llegar a algún nivel de aceptabilidad en nuestra comunidad (Noddings, 1992, p. 45) debemos ser cuidadxs constantemente. Esta dependencia es la 'condición original' (2002, p. 121), diferente a la posición original propuesta por John Rawls (1971), a la que Noddings considera abstracta e impersonal. También es relevante, en la propuesta de esta autora, reconocer la reciprocidad asimétrica en la interdependencia moral es decir, el cuidado dado o recibido es siempre asimétrico, aunque también sea recíproco. La autora ofrece una alternativa al imperativo categórico de Kant: “Actúa siempre para establecer, mantener o mejorar las relaciones afectivas” (1995, p. 188)⁶⁷.

Tomando las referencias elaboradas por Kaufman (2021), es posible afirmar que, en un primer momento, estas posiciones relacionadas al cuidado produjeron debates en el seno de la Bioética feminista que llegaron a posiciones excluyentes. Por una parte, el enfoque anteriormente expuesto revalorizaba intuiciones morales consideradas como femeninas, ya que fueron desarrolladas por las mujeres en su larga reclusión en el mundo de lo privado (tales como el cuidado, los afectos, los vínculos o la empatía), lo que les permitió captar datos contextuales habitualmente no tenidos en cuenta desde la Bioética hasta entonces, detalles que constituían elementos éticamente relevantes. En contrario, otras vertientes feministas se centraban “en las desigualdades de cuidado en función del género y procuraban revertir esa desigualdad en términos de justicia universal sin diferenciación” (Kaufman, 2021, p.35), lo que confronta el estereotipo naturalizador referido a que las tareas de cuidados relativos a la salud eran inherentes a las mujeres. Esta contraposición inicial encontró cierta resolución cuando pudo analizarse que considerar ambos enfoques por separado daba lugar a conclusiones problemáticas; así este antagonismo empezó a pensarse como una falsa disyuntiva a partir de los desarrollos de Mahowald (1996; 2006), descritos por Kaufman:

En efecto, cuando se considera el cuidado como una categoría ética fundamental, pero, al mismo tiempo, se desconsideran las relaciones de poder y los esencialismos que atraviesan las relaciones de cuidado, estas últimas pueden identificarse con autosacrificio por parte de las mujeres –en nombre de “un acto de amor”, “la intuición femenina” o “el instinto maternal”–. A su vez, cuando se consideran las asimetrías de poder y se reivindican los derechos correspondientes desde un enfoque abstracto de la justicia y, en este sentido, se desconsideran los detalles contextuales éticamente relevantes –como las emociones, las

⁶⁷ También Little agrega: Para saber qué se requiere moralmente en determinada situación, el cuidado, como motivo/motivación, juega un papel crucial en la epistemología moral; preocuparse por las personas permite captar lo que es moralmente relevante y quienes carezcan de las emociones apropiadas no obtendrán la moralidad correcta; el cuidado de las personas es un componente necesario de la aprehensión de las propiedades morales mismas (Little, 2007, citado en Le Bar, 2020).

necesidades e intereses específicos, los conocimientos y las relaciones concretas–, se corre el riesgo de identificar, desde ese enfoque abstracto, las reivindicaciones de la “humanidad” con las de los grupos dominantes (2021, p.35).

De acuerdo a Kaufman (2021), Mahowald propuso –en cambio- prestar más atención a dos ejes centrales de la teoría feminista: por un lado, el reconocimiento de que las experiencias sobre las que se elaboran conocimientos son incompletas y parciales y, por el otro, la aspiración de reducir esta limitación a través de la investigación colaborativa. Tomando la referencia de Mahowald, Kaufman expresa que “la desigualdad en el ámbito de la salud está atravesada por la ‘miopía’⁶⁸ en torno a los puntos de vista de los grupos minoritarios, en función de lo cual los marcos bioéticos tradicionales asumen como universal el punto de vista de los grupos dominantes de la sociedad” (p. 37). Para confrontar esa asimetría se requeriría, de acuerdo a Kaufman,

la participación colaborativa de todos los sectores sociales en las deliberaciones y decisiones respecto de sus propias necesidades de salud y cuidados, a fin de que cada quien pueda recibir –y proporcionar–, de manera equitativa, diferentes cuidados según sus diferentes necesidades sanitarias. En este sentido, para Mahowald, los puntos de vista de los grupos tradicionalmente excluidos se tornan cruciales para identificar esas diferencias y reducir la miopía de los grupos dominantes (2021, p.38).

Este asunto planteado desde la bioética feminista reviste sustancial importancia para el análisis del proceso de desmanicomialización. En primer, lugar porque los llamados “enfermos mentales”⁶⁹ han conformado estos grupos tradicionalmente excluidos. Luego, si concebimos –como ocurre en la mayoría de las teorías psicológicas que dan cuenta de este proceso- que la subjetivación se produce en relación a otrx/s, que el sujeto se constituye en el campo del Otro (Lacan, 1964) o a los “otros significativos” (Berger & Luckman, 1986), sin los cuales no habría posibilidad de psiquismo, no es factible concluir que el aislamiento y la institucionalización como tratamiento de elección puedan tener resultados en cuanto a la mejoría o cuidado de las personas con sufrimiento subjetivo. El psicoanálisis, con Lacan, debatía con otros discursos - como la ciencia o la filosofía- que sostenían la idea de un sujeto autónomo; la noción de sujeto, en este autor, implica dependencia, sujeción al significante; el sujeto es sujeto del inconsciente, constituido en sujeción al significante, es decir, la subjetividad del niño/a se basa en la intersubjetividad, en la medida en que es dependiente de esos “Otros”, que generalmente son los padres. En un emplazamiento disímil, el marco conceptual constructivista sostiene que la realidad subjetiva se construye en función de cómo lxs otrxs

⁶⁸ Vocablo característico del título y desarrollo de Mahowald.

⁶⁹ El uso de comillas advierte sobre la inexactitud de esta expresión.

significativos nos “hablan” el mundo; el ser humano se constituye a partir de su relación con los otros, ya que estos le adjudican un lugar en el mundo, es lo que los otros lo llaman (Berger & Luckman, 1986). Dicho en las palabras de Emiliano Galende:

cada uno[x] de nosotros[xs] siente que es una unidad total en este mundo y que la vida y la historia personal nos pertenece enteramente, y dejamos de percibir que la mayor parte de las cosas que vivimos, que sentimos, que construimos como significado, la mayor parte de los comportamientos que tenemos, nuestra sensibilidad y nuestros sentimientos con los semejantes forman parte de un magma cultural en el cual estamos incluidos. Y vivimos siempre en ese dominio de la alteridad, en ese campo del otro que nos constituye todo el tiempo sin dejarnos de hacer sentir que funcionamos como si fuéramos unidades autónomas (2008, p.398).

Ante esta construcción sobre la constitución subjetiva, con alto grado de consenso, es poco probable sostener la lógica de la reclusión manicomial. Las instituciones son productoras de subjetividad; de acuerdo con Galende (2008), algunas de “buena” manera, otras, de maneras crueles, “nefastas porque tienden al aplastamiento de aquello que constituye verdades del sujeto como sujeto social y a construir una subjetividad artificial” (p. 398). Según este autor, el nombre de manicomio se relaciona a Esquirol, quien pensaba que casi la totalidad de los trastornos mentales eran formas de manía: de allí viene el vocablo “manicomio”, el lugar donde se aloja la manía (p.400).⁷⁰

Cabe destacar que los manicomios fueron cuestionados tempranamente, sin embargo, la crisis surge con fuerza en la segunda posguerra, conjugando dos elementos: por una parte, la analogía entre los hospitales psiquiátricos y las colonias de alienados con los campos de concentración; por otra, en el contexto de la crisis del conocimiento producida en Europa, no podía encontrarse fundamentación ninguna que pudiera sostener la validez de los hospicios monovalentes: “llamar a estos lugares, lugares terapéuticos era absurdo”, ya que consisten justamente en privar a las personas de todo lazo social (Galende, 2008, p.407).

3.3.5.3 *El cuidado como un concepto superador que excede el ámbito sanitario*

Para finalizar el apartado, y volviendo a los sentidos del cuidado, este también se considera un concepto superador, integral e indicativo de participación que excede al sector sanitario y a sus prácticas hegemónicas. Diferente al concepto de atención, el cuidado connota integralidad, relaciones horizontales, simétricas, participativas y alude a la intersectorialidad, como una característica

⁷⁰ A partir del Estado moderno laico, luego de la Revolución Francesa, el criterio de caridad mediante la cual se atendía al conjunto de excluidos sociales (madres solteras, niños huérfanos, “locxs”, indigentes) gira hacia el criterio de asistencia, lo que da lugar al hospital psiquiátrico. Ver Parte I de esta tesis, El Contexto del Debate.

primordial (Stolkiner & Ardila, 2012). La atención primaria de la salud –que sitúa a la comunidad y al contexto como el territorio donde la salud se produce- constituye la vía regia que propone tanto el movimiento de medicina social/salud colectiva como la LNSM. Es en el territorio donde se materializa la inclusión de las personas con problemas de salud/SM, en el que los lazos sociales funcionan a modo de red de vinculación, de contención y preservación de aquello que es constantemente humanizante. El modelo de salud mental comunitaria aporta la sustancia cardinal de la SM: las relaciones intersubjetivas.

3.3.6 Opresión-medicalización e inclusión social

En este apartado, será desarrollada la perspectiva de inclusión social, uno de los principales ejes de la LNSM, en contrapunto con el modelo de internación manicomial; a la vez, se enlazará al concepto de opresión, asociado al encierro y a la noción de medicalización, rasgo característico del modelo mencionado.

3.3.6.1 *Inclusión social versus reclusión manicomial*

La LNSM establece la inclusión social como uno de sus ejes transversales prioritarios. Es decir, aquello que es constitutivo del ser humano, que le provee humanidad, identificaciones, identidad, no puede ser removido de la vida de las personas con sufrimiento subjetivo como forma de tratamiento. Como ha sido señalado, históricamente el sistema socio sanitario ha asumido una modalidad de abordaje asistencialista-tutelar sobre las personas y los grupos. La LNSM promueve un proceso de desmanicomialización en Argentina, que va en un sentido opuesto al modelo tutelar/asilar - todavía hegemónico, sobre todo, en la reproducción de sus lógicas-, lo que produce un movimiento de apertura al empoderamiento colectivo y la participación comunitaria para el diagnóstico y solución de las problemáticas de SM de las comunidades y la promoción de la autonomía de las personas en su relación con el sistema de salud (Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental [LMFPSM], 2015).

El nuevo paradigma pone foco en el mantenimiento de los vínculos humanos - familiares, sociales, de amistad, vecindad, laborales. Es decir, ubica al lazo social como el factor principal de eficacia protectora (OPS, 2015), lo que constituye una de las grandes ventajas que proporciona el modelo de salud mental comunitaria. Acentúa la importancia del respeto de la diversidad cultural, confirmada en los LMFPSM, adopta una perspectiva de interculturalidad que permitiría incrementar la eficacia de las intervenciones socio sanitarias en el ámbito territorial, promueve la desnaturalización de la mirada etnocéntrica, así como los prejuicios y estereotipos asociados a conductas de discriminación, xenofobia y/o racismo, tiene especial consideración de las realidades territoriales y jerarquiza los saberes populares. Es necesario considerar que los procesos de exclusión social,

fundamentalmente la pobreza e indigencia, tienden a agudizar y/o cronificar los padecimientos mentales y la institucionalización; por sus condiciones de vida, los colectivos sociales en situación de mayor vulnerabilidad se hallan expuestos a determinantes sociales asociados con indicadores negativos de salud (LMFPSM, 2015).

3.3.6.2 *Encierro, reclusión, exclusión: opresión*

En relación con la Bioética, las nociones inclusión/ exclusión y vulnerabilidades presentes en el marco conceptual de la LNSM, rozan las categorías introducidas por los feminismos en relación con la opresión, dominación y las capas de vulnerabilidad, concepto introducido por Luna (2008; 2018).

Sherwin sostiene que “las feministas creen que la opresión es objetable tanto en términos morales como políticos, la mayoría se ha comprometido a transformar la sociedad de tal manera que se elimine la opresión en todas sus expresiones” (2014, p.1) y que cuando evaluamos una práctica en términos éticos es importante ocuparnos de los efectos de esa práctica en los patrones de opresión existentes. Las cuestiones sobre dominancia y opresión son dimensiones esenciales del análisis ético feminista, así que, “al acercarse a los dilemas morales en la ética feminista y por extensión en la bioética feminista, resulta importante entender las particularidades reales de las estructuras de dominación circundantes” (Sherwin, 2014, p.7).

Haciendo un rodeo, interesa incluir la perspectiva feminista de Latinoamérica y el Caribe en este punto. Esta digresión se fundamenta en la consideración de que, para asuntos relativos a Argentina, es deseable remitir a las producciones feministas surgidas en nuestra región que tratan sobre la opresión y la descolonización de las ciencias sociales, incluida la SM en este conjunto. La filósofa mendocina Alejandra Ciriza (2009) escribe:

Los feminismos son y han sido históricamente posiciones teóricas y políticas internacionales, de manera que el carácter internacional del feminismo contemporáneo no es una novedad. Sin embargo la globalización está preñada de interrogantes. Ligada a nuevas formas de dominio imperialista, plantea desafíos nacidos de este momento histórico. Si por una parte el feminismo ha devenido con más fuerza que nunca mundial, las relaciones asimétricas entre el norte y el sur se han profundizado en un doble sentido: las mujeres encarnadas traspasan fronteras de sur a norte, desde América Latina hacia Estados Unidos e incluso Canadá, desde América Latina hacia la Unión Europea; desde Asia, África hacia la Unión Europea, desde el este hacia la Europa occidental. Al mismo tiempo las agendas internacionales, las convenciones y tratados, los procesos de institucionalización, las teorías feministas también parecen transitar en una vía de sentido único, desde el norte hacia el sur. (Ciriza, 2009, p.3).

La autora afirma que, más allá de considerar el carácter internacional del feminismo y que los criterios universalizables se mantienen, “las feministas no sólo somos diferentes, sino desiguales (...) muchas feministas educadas, blancas y occidentales tienen dificultad para advertir sus puntos de complicidad con el imperialismo y el colonialismo, su propio lugar en el sostenimiento del capitalismo patriarcal, racista y neocolonial” (Ciriza, 2009, p.7).

Ochy Curiel escribe sobre la intersección entre género, raza y sexualidad. Afirma que estas tres categorías se presentan articuladas en la realidad, con efectos materiales y concretándose en la producción de opresiones, subordinaciones y exclusiones; es preciso entender su interrelación para eliminar estas opresiones. Según la autora, estos son tiempos híbridos en los que se entremezcla la modernidad con matices de posmodernidad. No obstante, en América Latina y El Caribe habría evidencias de pre-modernidad, con incremento de las desigualdades sociales, económicas, culturales y políticas. Para Curiel, aunque los racismos, las xenofobias, los feminicidios y los fundamentalismos tienen nuevas caras, mantienen las mismas antiguas lógicas. Postula que, frente a esto, hay nuevos cuestionamientos desde las prácticas sociales y la academia que descentran al sujeto ilustrado-universal eurocéntrico y que ubican como central el dar voz a quienes fueron los “otro/as” desde la diferencia colonial; considera que es la teoría feminista la que pone al descubierto todas aquellas estructuras y mecanismos ideológicos que reproducen la discriminación y exclusión. Por lo tanto, las ciencias sociales tienen el compromiso ético de generar herramientas teóricas, metodológicas, epistemológicas y políticas para explicar estas realidades para poder actuar sobre ellas. Esta descolonización es entendida no solo como no dependencia entre metrópolis y colonias o entre países del norte y países del sur, sino también “como un desmontaje de las relaciones de poder y de concepciones del conocimiento que fomentan la reproducción de jerarquías raciales, geopolíticas y de imaginarios que fueron creadas en el mundo moderno/colonial” (Curiel, 2014, p.4).

De acuerdo a Kaufman (2017), a partir de los 80, mujeres negras, lesbianas y otras alzaron sus críticas al movimiento feminista – representado por sujetas blancas, occidentales y heterosexuales - de mantener discursos que no son representativos de las experiencias de opresión. En este debate emerge el concepto de interseccionalidad “en alusión a las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las mujeres afroestadounidenses” (p. 4). Según la autora, se considera que esta intersección de opresiones cobra fuerza en nuestra región latinoamericana, puesto que la retórica colonial legitima las clasificaciones de comportamientos normales y patológicos, los diagnósticos y tratamientos (Kaufman, 2017), “universaliza los modos de vida hegemónicos y patologiza/ invisibiliza las prácticas no eurocéntricas” (p.5). Los modos de vida, saberes y cuidados no occidentales son subalternizados y también silenciados, lo que resulta en un mayor grado de estigmatización. La autora afirma que “El campo psy hegemónico, en particular, se ha caracterizado por patologizar las conductas

y los modos de vida no normativos [...]” (p.5), sin desmerecer las herramientas proporcionadas para tratar el sufrimiento de las mujeres y otros grupos oprimidos.

Esta circunlocución cobra mayor sentido si tenemos en cuenta que Latinoamérica, según expresa la bioeticista latinoamericana Silvia Brussino (2014):

es uno de los escenarios donde se extreman los problemas derivados de la crisis de legitimidad de la racionalidad posmoderna; con fuerte presencia de valores de tradición premoderna, a los que no puede adjudicarse ligeramente la categoría de "resabios" que deban ser superados -o aplanados- en los procesos de transformación sociocultural (p.3)

La autora llama a dirigir la mirada hacia la constitución histórica de sujetos situados, con sus diferencias culturales, sus condicionamientos económicos, políticos, sociales, incluyendo los procesos del capitalismo tardío, dado que el carácter sistémico de megaprosesos como la globalización implican la profundización de las inequidades: “el desarrollo y la riqueza de unos países no puede continuar siendo pensado independientemente del subdesarrollo y la pobreza de otros”. (p.7)

Volnei Garrafa (2005), referente de la Bioética de Intervención, ante la consolidación de la globalización y sus efectos en la creciente desigualdad entre los países del norte y el sur del planeta, afirma:

Por lo tanto, como los problemas (bio)éticos verificados en una y otra región son completamente diferentes y con soluciones también diversas, surge la necesidad de que sean analizadas críticamente las verdaderas posibilidades de una bioética meramente descriptiva, analítica y neutral, y tener fuerzas para interferir concreta y favorablemente en ese contexto. (p.2).

El autor considera que la Bioética en el siglo XXI “varía de un contexto a otro, de una nación a otra e, incluso, entre diferentes estudiosos del tema en un mismo país” (Garrafa, 2005, p.2) y afirma que lxs bioeticistas latinoamericanxs, desde un posicionamiento crítico, incorporan a la reflexión:

categorías como “responsabilidad”, “cuidado”, “solidaridad”, “voluntarismo” y “tolerancia” entre otras, además de lo que llamo las “4 P” (prudencia con el desconocido, prevención de posibles daños e iatrogenias, precaución frente al uso de las nuevas tecnologías y protección de los excluidos sociales, más frágiles y vulnerables), para el ejercicio de una práctica bioética comprometida con los más desprotegidos, con la “cosa pública” y con el equilibrio ambiental y planetario del siglo XXI. (2005, p.4).

Ya en el ámbito de la SM, el modelo manicomial encuentra raíces en la opresión, tanto en abstracto, a partir de sus orígenes eurocéntricos⁷¹, como en concreto en la vida de las personas con padecimientos mentales en una Argentina que históricamente se ha espejado en la Europa científico-social. Un país “crisol de razas”⁷² -razas/etnias- que abre los servicios de salud a corrientes migratorias y trabajadorxs de países limítrofes, sin ahondar demasiado en sus prácticas y saberes diferenciales, en el caudal de usuarixs de salud que traen consigo los rastros de la opresión de la América colonial, que frecuentemente arman sus modos de vida en condiciones de desplazamiento y discriminación; se incluyen aquí los segmentos poblacionales sumidos en la pobreza estructural.

La opresión puede ser escudriñada en el campo de la SM en relación con el proceso de medicalización/mercantilización/objetivación, lo que produce tensiones irreductibles en cada acto de salud. Un analizador fundamental en el proceso de medicalización es la hegemonía del discurso médico en la vida cotidiana⁷³, tanto colectiva como singular, lo que configura, según manifiesta Stolkiner (2013):

un canon de reglas que forma parte de los dispositivos de control social. Entre ellos, el hecho de constituirse como una norma pragmática que define en su centro a un enunciador legítimo que se arroga el derecho de hablar sobre “alteridades” determinadas en relación con él, constituyendo en ello simultáneamente un ego-centrismo y un etnocentrismo, dándole el “derecho de fiscalización sobre los que no tienen derecho a la palabra: los locos, los criminales, los niños, la plebe campesina y urbana, los salvajes y otros primitivos”⁷⁴. (p. 3).

Anne Dufourmantelle dice respecto de la medicalización de la vida: “No me sitúo desde el punto de vista ético, sino desde el de una extraña topología o topografía que expulsa del ‘lugar-propio’ los instantes más íntimos, más secretos de la existencia” (2008, 104-106, citada por Stolkiner 2013, p. 16), haciendo referencia a situaciones tales como la medicalización del embarazo-parto y la muerte. Puede agregarse la transformación de una vivencia dolorosa en categoría psicopatológica, en el caso de la SM, por ejemplo.

⁷¹ El modelo manicomial tuvo su emergencia en varios países europeos: Francia, Inglaterra, Alemania (Foucault, 1964); con la colonización de América, fue introducido en nuestro continente (Stolkiner y Ardila, 2012). La corriente de interseccionalidad, surgida en el feminismo afroamericano, expresa esta condición, que luego es ampliada y enriquecida en los desarrollos latinoamericanos sobre decolonización (Curiel, 2014; Kaufman, 2017).

⁷² La utilización popular de “crisol de razas” hace referencia a las corrientes inmigratorias europeas; aquí se utiliza “razas/etnias”, sin ahondar en las diferencias entre ambos términos, se validan ambos y se incorporan las poblaciones originarias y las migraciones de países latinoamericanos que llegan a nuestro país desde hace varias décadas.

⁷³ Este proceso fue denominado por Foucault “biopolítica”; según el autor, éste se inició con el nacimiento de los Estados capitalistas modernos occidentales, cuando la medicina científica de base positivista hizo parte de la gubernamentalidad estatal incorporando la vida (“bios”) como objeto de la política, lo que configura la biopolítica. (Foucault M, 2007, 2008).

⁷⁴ El texto encomillado corresponde a Marc Angenot, 2010, p.42, citado por Stolkiner, 2013, p.3.

Refiere Stolkiner (2013) que el proceso de medicalización, constituye “una subsunción del conocimiento a la razón de poder o de mercado” (p.15). Según Laurell (1994), el motor de la medicalización es la *mercantilización de la salud*, consolidada en la fuerza de dos corporaciones globales: las aseguradoras de salud y las industrias de aparatología y/o farmacología médica. El discurso médico-científico ha contribuido históricamente a la normalización social, categorizando como enfermedades a las diversidades, anomalías o atipicidades; es el caso de parte de las conductas que se articularon como “enfermedades mentales”. Esta reducción, este tipo de opresión, atañe a la concepción del sujeto de la modernidad: un constructo que considera a los seres humanos como separados de la naturaleza, llamados a dominarla, que lo separa también de su propia naturaleza y confina al cuerpo a una sola dimensión, es decir, a la biológica-natural regida por leyes de causalidad. Estos reduccionismos comportan un proceso de objetivación, que determina un sujeto a-histórico, en que lo humano es pensado desde un individuo, occidental y blanco, el ciudadano. “Un solo modo ontológico de ‘lo humano’, que excluía de sus derechos todos aquellos que no entraban en la definición” (Stolkiner, 2013, p.12), sujetos pasibles de ser objetivados y desplazados a la categoría de otredad (mujeres, niños, indigentes, locos).

Es por esto que la dimensión de la inclusión social en la LNSM puede considerarse benéfica, ya que pone el eje de las intervenciones en los modos de vida de las comunidades y territorializa las prácticas, juega a favor de disminuir la opresión, observando las problemáticas en donde acontecen, escuchando relatos de la salud-enfermedad-cuidados singulares, en la voz de sus protagonistas, en la trama de la misma red que puede ofrecerle mayor o menor sostén. Los beneficios se maximizan y los riesgos disminuyen cuando una persona puede cursar algún problema o trastorno de SM sin abandonar su centro de vida, beneficiándose de los recursos que éste puede proveerle sin alejarse de su cultura y – principalmente- sostenida por sus lazos sociales. Es decir, sujetxs situadxs, en un contexto, en una cultura y momento histórico único, en sus singulares formas de vida, con sus padecimientos y vulnerabilidades; es decir, de aquello que dieron cuenta el movimiento médico social/salud colectiva, los feminismos y las bioéticas de DDHH nacidas en la región de LA.

3.3.7 Proceso de desmanicomialización y ética de la salud pública

El espíritu de la LNSM plantea un modo de pensar/hacer SM desde la perspectiva de derechos y esto implica situarla en la ética de la salud pública. Stolkiner y Ardila señalan que “El reconocimiento del derecho a la salud se basa en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado y requiere de una política de integralidad de derechos, en la que se fundamentan sistemas de acceso universal” (2012, p.17).

La LNSM establece, como uno de sus ejes, la modalidad de atención primaria de la salud, con base en el centro de vida de las personas. Este viraje, desde la atención en hospitales monovalentes a la atención comunitaria de la SM, constituye uno de los fundamentos principales del cambio de paradigma que implica la LNSM: el proceso de “desmanicomialización”. Según de Lellis y Sosa (2018), la existencia de nuevas normativas tales como la LNSM y la LDP, entre otras, son herramientas indispensables para la sustitución del modelo restrictivo tradicional y de corte asilar por otro modelo que promueva más oportunidades de inclusión social para las personas con padecimientos mentales en nuestro país. La LNSM representa una oportunidad para transformar las concepciones y prácticas asilares, típicas del modelo de atención hegemónico en los servicios de SM.

La consecución de un proceso tal puede ser leído como sustancialmente beneficente para el tratamiento de personas con problemas o trastornos de SM, en tanto la base moral de la salud pública, según Faden y Shebaya, se alza “como un mandato para maximizar el bienestar y, por lo tanto, la salud como un componente del bienestar (Powers & Faden 2006)” (2010, parr.2).

¿Por qué atribuirle rasgos de beneficencia a la sustitución del modelo asilar por el modelo comunitario de SM? A continuación - y siguiendo la caracterización realizada por de Lellis y Sosa (2018) - se presentan las diferencias uno y otro modelo:

- 1- Respecto del régimen de internaciones,
 - En el modelo custodial, la internación no está sometida a mayores controles, por regla general es compulsiva, indefinida e indebida (por no efectuarse por razones sanitarias sino sociales).
 - En el modelo comunitario, se fijan pautas y reglas claras para efectuar las internaciones, que deben tener una periodicidad acotada, contar con voluntad expresa de aceptación y hallarse fundamentada por criterios profesionales, reafirmados periódicamente ante autoridad competente.
- 2- Respecto de las altas, egresos y derivaciones,
 - En el modelo custodial hay escaso número de altas, en su mayoría por razones circunstanciales, las derivaciones se hallan condicionadas por el número de camas disponibles más que por un criterio de atención sanitaria.
 - En el modelo comunitario, se propone una acción más decidida para favorecer las altas y/o egresos, efectuando las derivaciones que fueren necesarias para garantizar la calidad de atención.
- 3- Respecto de los dispositivos asistenciales,

- En el modelo custodial, se fortalece el hospital monovalente, predominantemente con régimen asilar, dado que allí se espera acontezca el mayor número de internaciones.

- En el modelo comunitario, se promueven dispositivos asistenciales sustitutivos del régimen asilar (centros de salud, hogares, casas de convivencia) así como la internación (de corta estancia) en servicios de SM en hospitales generales.

4- Respecto del trabajo interdisciplinario,

- En el modelo custodial, se establece de hecho la incorporación de diversas disciplinas, pero de forma aditiva, sin que pueda efectivamente coordinarse integralmente la acción del equipo de salud. Subsiste la hegemonía del médico psiquiatra en la toma de decisiones. Se refuerza esa asimetría mediante la invocación a las diferentes incumbencias profesionales.

- En el modelo comunitario, se coordina el trabajo de equipo en salud mental, e incluso se incorpora en la medida de lo posible la participación de miembros de la comunidad, o bien de asociaciones de usuarios y/o familiares. Se propone la horizontalidad de las profesiones, destacándose el criterio de idoneidad y competencia profesional.

Desde la beneficencia y la ética de la salud pública, es deseable que las internaciones sean voluntarias, acotadas (no indefinidas), avaladas por criterios amplios que incluyan diferentes aspectos de la vida de una persona (interdisciplinarios) y que sean revisados periódicamente, conforme evolucione la situación del paciente. Fenoglio (2014) refiere al respecto: “La ley establece importantes disposiciones jurídicas ‘concretas’ que tienen fuerza de ley y un impacto real, benéfico, efectivo y directo, sobre usuarios, familiares, profesionales y población en general. Estas se refieren principalmente al resguardo de derechos en internaciones” (p.3). Asimismo, concerniente a los principales avances tangibles que impone la LNSM expresa:

Un avance decisivo, con efecto inmediato, es la regulación de las condiciones de internación voluntaria e involuntaria, amplia y detalladamente establecidas en los Arts. 14º al 29º, encaminadas a resguardar los derechos fundamentales de las personas con padecimiento mental. En cuanto a las internaciones involuntarias, vale remarcar lo establecido en el Art. 20º en referencia tanto a su carácter de “recurso terapéutico excepcional” como al criterio de uso ante una “situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”; también los límites y función del juez y al papel del Órgano de Revisión (Arts. 21º, 24º y 25º), y la responsabilidad del Estado en proporcionar un defensor (Art. 22º) (Fenoglio, 2014, p.3).

No obstante, haciendo referencia plena a la salud mental comunitaria, el autor objeta que la LNSM concentra su fuerza legislativa primordialmente en las internaciones y, con ello, desconoce que el obstáculo fundamental para la construcción de la SM comunitaria está localizado fundamentalmente en las prácticas de medicalización, temática ya abordada en este estudio. Más de la mitad del articulado de la ley regula las internaciones, mientras no se menciona el complejo problema de la medicalización.

Los problemas y las prácticas terapéuticas en SM son inmensamente más amplios que las internaciones, tanto en cantidad como en calidad. Las internaciones, desde lo cuantitativo, están dirigidas a una minoría de usuarios en situaciones muy específicas en comparación con la modalidad ambulatoria; desde lo cualitativo, son una más entre las muchísimas prácticas que se implementan en SM (Fenoglio, 2014, p.1).

Lo que se necesita es un sistema de atención accesible que asegure la continuidad de los cuidados; puede ofrecerse internación breve en el hospital general, centros comunitarios de día, casas de medio camino, atención domiciliaria, cuidadores domiciliarios, etc. (Cohen, 2022). Cohen & Natella (2013, citados por Cohen, 2022) afirman: “La mayor preocupación no son los diez días de internación, sino la labor de los 355 restantes en la comunidad. Es el mayor grado posible de inclusión de la persona en su cotidianidad lo que debe ocuparnos como prioridad”.

Por otro lado, para poder hacer derivaciones, se requiere de lugares donde hacerlo y, aunque resultaría beneficioso reemplazar los neuropsiquiátricos por centros de salud, hogares, casas de convivencia o casas de medio camino, estos dispositivos asistenciales sustitutivos escasean. Al respecto dice Fenoglio (2014):

Las dificultades que se avizoran están en relación a que si no se crean los “dispositivos alternativos” comunitarios no será posible la “sustitución definitiva” en el camino de una salud mental comunitaria. La ley, como veremos, no “establece” tales “dispositivos alternativos” sino que tan solo los “promueve”. Lo que viene ocurriendo en muchos lugares es que los internados de los manicomios estatales son derivados a los manicomios privados que se presentan con otro rótulo. (p.4)

Por su parte, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), en su informe “El desafío de implementar la ley nacional de salud mental” (2015), expresa:

El cierre de los manicomios implica planes de externación sustentables de las personas allí alojadas, que articulen políticas de inclusión laboral, educación y acceso a la vivienda.

Estas definiciones normativas todavía no se tradujeron en políticas públicas que modifiquen efectivamente la realidad. La magnitud de esa distancia sólo se puede medir si se diagnostica el problema de manera estructural y se identifican los factores sociales e institucionales en juego (p.3).

Según expresa Cohen (2022), los sistemas de salud pública y privada ofrecen la internación como tratamiento exclusivo, no cuentan con una red de servicios que garanticen la continuidad de cuidados:

Existe un vacío real una vez que la persona abandona la cama. Tal como lo prevé la ley, son necesarios casas de medio camino, hogares de tránsito, hostales, hospitales de día y hospitales de noche, seguimiento domiciliario, equipos móviles de apoyo, entre otros dispositivos para la recuperación. La vuelta al estudio o la capacitación en oficios que le permitan un ingreso digno, son algunas de las propuestas para la rehabilitación. Mirado desde el momento de la crisis, se confirma que la internación hospitalaria, frecuentemente es relativa a la existencia de estos recursos (p.4).

Para llevar a cabo la reestructuración del sistema de SM, se requirió de un Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), en el cual, según el Informe del CELS (2015), “se avanzó sin sopesar la ausencia de datos, sin siquiera identificar que estos eran necesarios” (p.4). Agrega, asimismo, que no hubo un diagnóstico con participación de los sectores que pudiera fundamentar los objetivos propuestos; hubo escaso tiempo de convocatoria, sumado a resistencias a modificar ciertos objetivos que se consideraron relevantes en las consultas y la mayoría de las opiniones no estuvieron contempladas en la escritura final. Estas circunstancias debilitaron el proceso de implementación, como también la efectiva participación intersectorial en la preparación del PNSM:

A diferencia de la claridad conceptual del texto de la LNSM y de su reglamentación, la autoridad de aplicación presentó, en octubre de 2013, un PNSM impreciso y que no jerarquiza las problemáticas ni prioriza líneas de acción acordes con el espíritu de la Ley. El Plan se estructura en objetivos, líneas de acción y metas que se desprenden de cada uno de los problemas que identifica. Pero esa identificación se limita a una enumeración que no hace referencia a ninguno de los mandatos de la LNSM ni a los problemas a resolver que la norma distingue. Entre los nueve problemas enumerados no se hace referencia directa a la sustitución de hospitales monovalentes ni a la vulneración de los derechos humanos de las personas que viven en los manicomios. Tampoco se considera un problema prioritario: la ausencia de políticas que favorezcan su inclusión social. En cambio, hay someras indicaciones relacionadas con algunas de estas situaciones, enunciadas como aspectos de las “líneas de

acción". Esta desarticulación discursiva lleva a que el PNSM se refiera, por ejemplo, a la "externación" de manera fragmentaria: a veces como un ítem dentro de otros temas a los que se les otorga un nivel jerárquico superior, otras veces de manera subsidiaria, como en la definición de los procesos de adecuación institucional. Los procesos de "externación", de suma importancia en una perspectiva de derechos e inclusión, no quedaron definidos como un problema integral con múltiples dimensiones, sino desmembrados entre líneas de acción y metas muy disímiles. Esta formulación, que utiliza conceptos fundamentales en un lenguaje coloquial, da lugar a deslizamientos que habilitan la reproducción de la lógica manicomial. (CELS, 2015, p.5).

Como es de público conocimiento, las críticas más enérgicas lanzadas sobre la LNSM, su decreto reglamentario y el PNSM, provinieron de la Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA). En consonancia con lo expresado en el informe del CELS, esta organización documenta:

Una rica historia de producción teórica y de experiencias clínicas quedó de lado a la hora de redactar esta ley, pensada en tierras lejanas, y redactada sin la presencia de las asociaciones de psiquiatras ni de las facultades de Medicina de Argentina. Se sanciona así una ley poco trabajada, escasamente consultada, con intenciones de cambiar el panorama general de atención de la Salud Mental de todo el país. Método poco democrático que tendrá consecuencias a futuro (APSA, 2019a, p. 2).

Respecto del censo publicado en 2019, APSA manifiesta en un comunicado oficial titulado "Un censo mal hecho, unos resultados inaceptables":

La imposibilidad de conocer minuciosamente la metodología empleada, la modalidad de presentación de los que se mencionan como "resultados preliminares" o "principales resultados", y el tono empleado en la presentación por parte de los funcionarios públicos tornan inaceptables los datos publicados.(p.1)⁷⁵ [...] La verdadera realidad es que el presupuesto en Salud Mental (y en salud en general) es absolutamente insuficiente, y lo lógico, desde una perspectiva sanitaria, sería hacer efectivo un presupuesto acorde con las necesidades de la población (p.1).

En el mismo año, APSA (2019), reafirma su postura al expresar:

⁷⁵ Y especifica: "El censo afirma que el promedio de internación en hospitales monovalentes es de 8 años. Rechazamos esta afirmación por falsa y por amañada. El promedio de internación en la mayoría de los hospitales de especialidad del país no supera los treinta días. Cualquier persona que se encuentre internada en un hospital monovalente por años es una persona abandonada por el Estado: no está allí por motivos médicos ni psicológicos sino por motivos sociales, económicos y políticos. Resulta inaceptable que los funcionarios públicos, verdaderos responsables de tal atropello, señalen al hospital monovalente como el causante del abandono. (p.1)

la lógica manicomial no se remedia derribando manicomios [...] Para los equipos de trabajo en el campo de la Salud Mental el enemigo no es el hospital monovalente sino un sistema sanitario vaciado, desfinanciado y exánime. Un sistema que no puede dar respuesta a las necesidades reales de la población” (p.1).

En el mismo sentido, el Informe del CELS señala, a fin de convalidar la necesidad de destituir la lógica manicomial, toma las palabras del director del Departamento de Salud Mental de la OMS, Benedetto Saraceno: “Alguien puede creer que hace psiquiatría comunitaria si cierra un hospital psiquiátrico de 500 camas y las distribuye en 10 lugares de 50, pero eso no es más que repartir la lógica y la cultura del manicomio” (2015, p.8).

Por otra parte, una de las transformaciones clave que propone la LNSM está basada en las internaciones – cuando fueran necesarias - en los hospitales generales. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en sus Recomendaciones para la red integrada de SM con base en la comunidad, publicadas en “Abordaje de la salud mental en hospitales generales” (2018), expresa cómo la medida de internación en hospitales generales se vincula con las verticales de inclusión y no discriminación. Así como se internan personas con problemas cardiovasculares, traumatológicos, dermatológicos, hacer lugar en el hospital a personas con problemas de SM es derribar el arcaicismo de la escisión cuerpo/mente y construir salud integral efectiva. Es evidente que, para ello, las estructuras deben estar dotadas de los recursos necesarios, es decir, “personal de trabajo de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando – necesariamente - una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones monovalentes hacia estas estructuras de la red” (DNSM, 2018).

Las recomendaciones citadas expresan:

El servicio de salud mental debe estar integrado a la estructura edilicia del hospital, no debe tener características relacionadas con el encierro o con la presunción de peligrosidad o incapacidad de los usuarios de dicho servicio. Deberá estar situado preferentemente en la planta baja, y el control de acceso al mismo se compartirá con el resto de las áreas, evitando el aislamiento del usuario y favoreciendo el contacto con el resto de las áreas de hospital. No obstante, deberá garantizar las medidas de protección y bio-seguridad hacia los usuarios al igual que todas las áreas del establecimiento (p.12).

Para concluir el capítulo, es posible alegar que este sector de la psiquiatría se ha sentido enjuiciado, avasallado y desplazado (APSA, 2019; APSA, 2020)⁷⁶, pues estos cambios le demandan ahora compartir espacios de saber y poder antes indiscutibles. Al respecto, cabe el señalamiento de Stolkiner y Ardila para cerrar el apartado: “[el debate sobre la LNSM] no debiera reducirse a una puja corporativa, lo que ocultaría que el antagonismo entre objetivación/subjetivación está planteado al interior de todas las profesiones y disciplinas intervinientes en la salud mental” (2012, p.24).

3.3.8 Consideraciones sobre cuestiones que quedarían al margen de las disposiciones de la LNSM

En primera instancia, cabe resaltar que se han encontrado exiguas referencias sobre este punto en el rastreo bibliográfico y la mayoría de los escritos proviene de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). No obstante, y hasta el momento, la lectura de la LNSM desde una perspectiva bioética arroja al menos dos situaciones a mencionar que quedarían por fuera del marco legal: la desconsideración de la existencia de los trastornos psíquicos, con sus correspondientes protecciones específicas y la falta de disposiciones sanitarias que permitan la efectiva construcción de una salud mental comunitaria.

3.3.8.1 *El problema de la falta de recaudos respecto de los trastornos psíquicos*

Ante la estructuración de trastornos psíquicos propiamente tales, tanto el texto de la ley como su decreto reglamentario no establecen consideraciones que aboguen por la protección de derechos y necesidades especiales en estas situaciones. El camino que tomó la LNSM fue el de suponer que el no nombrarlos como trastornos ejerce una acción simbólica en relación con su desestigmatización y es probable que así sea, al menos en relación con el intento de integrar la SM a la salud general y desencadenar una transformación social cultural con respecto al estigma y discriminación de las personas con problemas de SM. Si bien esta estrategia es favorable en el sentido mencionado, no quita la necesidad de hacer lugar a las problemáticas de SM que se configuran efectivamente como trastornos que, con frecuencia, persisten a lo largo del tiempo, requieren de un tratamiento combinado (abordaje social, psicológico, psiquiátrico o neurológico) y de continuidad de cuidados por lapsos que requieren de un seguimiento constante.

La utilización de la nomenclatura trastornos está vinculada al DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales con sus sucesivas modificaciones, un instrumento de clasificación y diagnóstico publicada por la Asociación

⁷⁶ Ver: APSA (2019) Ley de salud mental, desmanicomialización y salud pública; APSA (2020) Ley Nacional de salud mental, a diez años de su sanción.

Estadounidense de Psiquiatría (APA). Es el texto de elección para efectuar el procedimiento diagnóstico en psiquiatría, también utilizado como referencia en la academia y en las instituciones de SM para decidir los diagnósticos y los tratamientos psicofarmacológicos; actualmente lleva cinco modificaciones, la última realizada en 2013. Las críticas ante el uso de esta herramienta son múltiples; destacaremos entre ellas que está formulada por una corporación (la APA), proveniente de un solo país, USA; no obstante, se proyecta como una herramienta de alcance casi universal (Stolkiner 2013) o en el “principal referente en la salud mental mundial” (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014, p.70). Su estructura enlaza con un modelo médico categorial de enfermedad, pero presenta limitaciones en la práctica clínica. En su quinta versión, el motivo más importante de controversia reside en el aumento de diagnósticos psiquiátricos, ya que la primera edición del DSM contenía 106 trastornos mentales y que la actual (DSM-5, 2013) recoge 216 (Sandín, 2013 citado en Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014). Este incremento ha sido logrado a través de patologizar procesos vitales (por ejemplo, aplicar el diagnóstico de depresión para la sintomatología propia del duelo) y utilizar el concepto de riesgo como elemento diagnóstico, por ejemplo, riesgo de padecer psicosis (Stolkiner, 2013).

De acuerdo a Echeburúa, E., Salaberría, K., Cruz-Sáez, M. (2014), las demandas terapéuticas de la población han cambiado en los últimos años, ya que las personas consultan por problemas derivados de una mayor intolerancia al sufrimiento propio de la existencia y que no constituyen propiamente trastornos mentales, reflejan más bien una situación de insatisfacción personal que no tiene en muchos casos una significación clínica y no constituye trastorno:

Entre ellos se encuentran el duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja o la ruptura de pareja no deseada, las dificultades de convivencia con los hijos adolescentes, los problemas de estrés laboral, la adaptación a nuevas situaciones en la vida o la convivencia con enfermos crónicos o incapacitados (p.66).

Los diagnósticos del DSM-5 reflejan una psicopatologización de la vida cotidiana, producida en un contexto global complejo que favorece la soledad y en el que se reducen las redes de apoyo familiar y social. En consonancia con Stolkiner, otros investigadores señalan que las modificaciones realizadas y la adición de diagnósticos “pueden producir una patologización y psiquiatrización de la vida cotidiana que incrementará de forma innecesaria, pero no inocua, el número de personas atendidas y medicalizadas por los profesionales de la salud mental” (Muñoz y Jaramillo, 2015, p.8).

Cabe señalar que – además de la tradicional Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-10), existe la Guía Latinoamericana de Diagnósticos Psiquiátricos, desarrollada por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL, 2003), que se apoya en la CIE-10 e incluye

especificaciones sintomáticas propias de la región y lo que denomina “síndromes culturales latinoamericanos” (Stolkiner, 2013), la cual no solamente no es utilizada sino que es ampliamente desconocida por los especialistas. Sin embargo, la discusión relativa a la hegemonía y utilidad del DSM no deriva en que la decisión de no utilizar estas nomenclaturas haga desaparecer a los trastornos mentales. De acuerdo a la OMS, un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo; por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes (2023). Entre los trastornos que menciona la OMS, se consignan los trastornos de ansiedad, depresión, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, trastornos del comportamiento alimentario, trastornos de comportamiento disruptivo y disocial y trastornos del neurodesarrollo. La organización agrega que también se utiliza la nominación “problemas de salud mental”, no obstante este término “es más amplio y abarca también las discapacidades psicosociales, (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva” (OMS, 2023, página oficial).

Es decir, es posible, incluso deseable, emplear la denominación “padecimiento” o “sufrimiento” psíquico, mental o subjetivo para reafirmar que la SM es parte de la salud general, que es una condición que puede afectar a cualquier persona pues acontece en el diario vivir y que su estigmatización o discriminación son reprochables. No obstante, esto no significa que los trastornos mentales no existan o no demanden cuidados específicos. Aún más, estas situaciones quedan bajo cierto grado de desprotección en el marco de la LNSM, la que no prevé ninguna especificación protectora para estos casos. La DUBDH (UNESCO, 2005) especifica en su artículo 7 la necesidad de protecciones especiales en cuanto al consentimiento informado para estos casos. Asimismo, en el artículo 10, sobre igualdad, justicia y equidad refiere: “Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad”, lo que de algún modo supone recursos técnicos y disposiciones específicas disponibles que coadyuven a equiparar las necesidades de tratamiento de las personas con trastornos mentales.

3.3.8.2 *El problema de la falta de disposiciones sanitarias que hagan efectiva la consecución de la salud mental comunitaria*

El otro aspecto a destacar es que la LNSM promueve el modelo de salud mental comunitaria y el proceso de desmanicomialización, sin embargo, no legisla ni establece disposiciones sanitarias, es decir, modos de construcción real y social de una SM comunitaria. Este aspecto será someramente planteado, puesto que ya fue tratado con anterioridad.

La LNSM centra su fuerza legislativa principalmente en las internaciones, las que están dirigidas a una minoría de usuarios en situaciones muy específicas en comparación con la modalidad ambulatoria; son, además, una más entre la multiplicidad de prácticas que se implementan en SM. La LNSM y/o su reglamentación deberían legislar disposiciones sanitarias – no sólo jurídicas- efectivas sobre los abordajes específicos que sustituyan no solamente las internaciones, sino las prácticas del modelo médico hegemónico, por ejemplo, disponer de la creación de centros de atención primaria de salud o de salud comunitaria, según la cantidad de habitantes, dotar de personal de SM a los efectores emplazados en el territorio, construir casas de convivencia, centros de día, etc. (Fenoglio, 2014).

También hemos mencionado en capítulos anteriores la posición de APSA al respecto de la LNSM. Esta entidad señala que el presupuesto en salud es insuficiente y que el sistema de salud pública presenta serias deficiencias (APSA, 2019) y que la lógica manicomial no reside en los edificios, sino en las concepciones de quienes realizan la atención de pacientes y afirma que:

El Estado ha sostenido un desmantelamiento cruel del hospital especializado en lugar de reformar, mejorar sus condiciones o construir alternativas. Un hospital especializado debe tener el mejor nivel de psiquiatría existente y si no fuera así debería ser denunciado por toda la comunidad” (2019, p. 4).

Si bien se considera que el posicionamiento de APSA es reflejo de una contienda de índole corporativa, en cierta medida, sería admisible el reproche efectuado sobre la falta de construcción de alternativas -distintas al hospital monovalente- aspecto ligado a la realidad del proceso de implementación de la LNSM.

Con la finalización de este capítulo, concluye el análisis de las dimensiones bioéticas delineadas en la contextura de la Ley Nacional de Salud Mental. En el próximo y último capítulo, se expondrán las conclusiones.

4. CONCLUSIONES

El objetivo general de esta tesis fue analizar la Ley Nacional Nº 26.657 de Salud Mental, a la luz de la Bioética. En función de este objetivo, se seleccionaron algunas dimensiones - consideradas denominadores comunes en diferentes corrientes de la Bioética- en particular, de los llamados enfoques alternativos (Salles, 2008), de la Bioética de DDHH y Bioética de intervención.

En cuanto al primer objetivo específico, consistente en identificar las dimensiones bioéticas subyacentes en las disposiciones de la LNSM y dar su fundamento teórico, se identificaron las

dimensiones de *autonomía y consentimiento informado, *vulnerabilidades, *justicia, *equidad, *cuidado, *opresión, *ética de la salud pública y *beneficencia, como también la noción de *estigma -vinculada a varios conceptos-. Los fundamentos teóricos de cada dimensión, serán expresados en forma articulada con el segundo objetivo específico, consistente en examinar cómo juegan estas dimensiones bioéticas identificadas en el análisis y argumentar sobre las diferentes posturas observadas. Fueron analizadas las siguientes articulaciones entre Bioética y SM:

***Autonomía y consentimiento informado:** Base de la premisa inicial de la ley, la cual presume la capacidad de todas las personas, esta dimensión opera en todo tipo de tratamientos y es esencial a la hora de decidir las internaciones. Existe la posibilidad de realizar internaciones involuntarias siempre que exista riesgo cierto e inminente para sí o terceras personas, el que deberá ser determinado previamente a efectuar la internación. Los controles de legalidad se ejercen en beneficio de los pacientes y para asegurar la restitución de la autonomía de sus decisiones. Si bien la autonomía es conceptualizada en una versión principista en la LNSM, es posible identificar esbozos de autonomía relacional en la prescripción de mantenimiento de los vínculos familiares, sociales y laborales en la modalidad de atención prevista por la LNSM. La controversia en relación con la obtención del CI en algunos trastornos de SM, encuentra su mayor intensidad en relación con el concepto de riesgo cierto e inminente, única situación en que la LNSM admite el internamiento involuntario.

***Vulnerabilidades:** En las problemáticas de SM se acumulan diversas capas de vulnerabilidad que fragilizan la situación de las personas con problemáticas de SM. En la LNSM, pueden rastrearse en la formulación de los derechos protegidos; no obstante, estos son de carácter meramente enunciativos, y de ello no se deriva que la organización y prácticas de los servicios de SM estén en condiciones para operar efectivamente sobre estas capas. Se considera que las condiciones de injusticia -distributiva y no distributiva- así como la estigmatización y la inequidad, pueden interpretarse como capas que aumentan la vulnerabilidad de las personas con padecimientos subjetivos. La internación compulsiva, propia del modelo tutelar, producía un significativo incremento de la vulnerabilidad.

***Justicia:** Esta dimensión permea todo el campo de la SM, en su faz distributiva como en su faz estructural (más allá de su versión distributiva), ambas se empalman y resultan sustanciales en el análisis de la SM. Por un lado, los recursos financieros para desarrollar y mantener servicios de SM en los países de ingresos bajos y medios son extremadamente escasos y la brecha de tratamiento afecta muy especialmente a las poblaciones desfavorecidas. Por el otro, la justicia concebida de manera estructural se asocia a las condiciones de vida de las personas con sufrimientos mentales, lo que subraya la marginalidad y estigmatización que ha caracterizado a este colectivo dentro del modelo

manicomial. En relación con la LNSM, la (in)justicia se expresa en la escasez de recursos económicos disponibles para la implementación de la ley y en la condición de exclusión en la que han estado sumidas las personas con padecimiento mental en el modelo de atención tutelar monovalente.

***Equidad:** Se remarcó la pertinencia del enfoque latinoamericano que pone énfasis en las situaciones bioéticas persistentes en nuestra región, relacionadas a la pobreza, marginalidad y estigmatización que hace mella en el colectivo de personas con padecimientos mentales. Los determinantes socioeconómicos adversos incrementan el riesgo de experimentar problemas psicológicos, al tiempo que los trastornos mentales implican un mayor riesgo de exclusión social. Estas dimensiones se articulan con la opresión, la que también fue puesta en relación con la medicalización de la SM y la exclusión, en el modelo manicomial. A la vez, ha sido subrayado que, en LA, persisten respuestas a la problemática de SM propias de la premodernidad. El estigma provoca la renuencia a buscar y/o aceptar ayuda; puede acortar la esperanza de vida, retrasar la recuperación y aumentar dos o tres veces la probabilidad de morir a causa de enfermedades prevenibles por el descuido de su salud integral. En observancia de las condiciones de inequidad que caracterizan el acceso a los servicios de SM, la LNSM garantiza condiciones de mayor equidad, sobre todo en relación con la modalidad de abordaje. El no proporcionar protecciones especiales para situaciones de padecimientos mentales severos y crónicos puede ser interpretado como una condición de inequidad desconsiderada en la LNSM.

***Cuidado:** Dimensión que emerge en el análisis ligada al modelo de salud mental comunitaria, en tanto comporta integralidad, relaciones horizontales, participativas e intersectoriales; ocupa un lugar central en el continuum salud —enfermedad — cuidados de la SM. Asimismo, la concepción moral del cuidado (Bioética del cuidado) proporciona las bases teóricas para comprender la constitución subjetiva - también de personas con padecimientos psíquicos- desde una perspectiva situada.

***Opresión e inclusión social:** la emergencia de esta categoría surge al revisar los postulados de las bioéticas feministas y se releva como una dimensión central en la comprensión del colectivo de pacientes con sufrimiento mental, ligado a la estigmatización. El modelo manicomial enraíza en la opresión, se asocia a la preeminencia del modelo médico hegemónico en los servicios de SM, a la mercantilización de la salud -consolidada por corporaciones globales como las aseguradoras de salud y la industria farmacéutica- y a la medicalización de la vida cotidiana, en particular, en este grupo con elevada dependencia social y sanitaria. La cuestión de la opresión, planteada desde la Bioética feminista es de sustancial importancia para el análisis del proceso de desmanicomialización, pues lxs “enfermxs mentales” han conformado uno de los colectivos tradicionalmente excluidos. Asimismo, la

colonización de América es uno de los escenarios donde se extreman los problemas derivados de la crisis de legitimidad de la racionalidad posmoderna, con fuerte presencia de valores de tradición premoderna. El eje de la inclusión social ubica al lazo social como el factor principal de eficacia protectora, una de las grandes ventajas que proporciona el modelo de salud mental comunitaria.

***Ética de la salud pública, inclusión social y beneficencia:** El modelo de salud mental comunitaria propuesto por la LNSM ensambla con una ética de la salud pública que tiene como mandato maximizar el bienestar y, por ende, la salud como un componente del bienestar. La modalidad de atención primaria de la salud es interpretada como benéfica para el tratamiento de personas con problemas o trastornos de SM, pues propicia el mantenimiento de los vínculos familiares, sociales y laborales. En base a estas dimensiones bioéticas, es deseable que las internaciones sean voluntarias, acotadas en el tiempo y avaladas por criterios interdisciplinarios que sean reevaluados periódicamente.

En relación con los posicionamientos que critican o se oponen a la LNSM, se destaca la postura de un sector de la psiquiatría; este básicamente se opone a la desaparición del concepto de trastorno y las protecciones especiales que, por ende, también se desvanecen. Observan que deberían haberse previsto condiciones especiales para que las personas con padecimientos mentales severos y crónicos no queden desamparadas. Por otro lado, pudo notarse que el Plan Nacional de Salud Mental, realizado para dar cumplimiento a la LNSM, fue impreciso, no estableció jerarquías en las problemáticas, no priorizó líneas de acción acordes al espíritu de la ley. Asimismo, la red de servicios que garantizarían la continuidad de los cuidados, en sustitución de las instituciones monovalentes, es insuficiente o inexistente.

En relación con el tercer objetivo específico –indagar sobre situaciones de SM que no quedan enmarcadas en la ley-, cabe resaltar la escasez de desarrollos teórico especulativos que den cuenta de los posicionamientos contrarios a la LNSM y su implementación; la mayoría de los artículos rastreados aparecen en medios de difusión masiva o provienen de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, lo que podría sugerir que, quizás, el empuje de la corporación psiquiátrica ha tenido mayor peso que los estudios sobre esta cuestión. En base a este exiguo material bibliográfico, se distinguieron dos situaciones a señalar:

- La falta de recaudos respecto de los trastornos psíquicos, como ya fue manifestado en las conclusiones del segundo objetivo. La LNSM no establece consideraciones que aboguen por la protección de derechos y necesidades específicas, tales como podría requerirse en ciertos casos de trastornos mentales severos y crónicos. En este punto, también podría afectarse la equidad, en tanto que sujetos en situaciones de SM diferentes, tendrían también necesidades diferentes.

- El problema de la falta de disposiciones específicamente sanitarias, no solamente jurídicas, que hagan efectiva la consecución de la salud mental comunitaria para poder sustituir las internaciones y las prácticas del modelo médico hegemónico, es decir, disponer efectivamente de centros de atención primaria de salud o de salud comunitaria según la cantidad de habitantes, dotar de personal de SM a los efectores emplazados en el territorio, construir casas de convivencia, centros de día, etc. Como corolario, es necesario decir que el presupuesto que debía ser asignado a SM ha sido significativamente menor al propuesto en la LNSM.

Por último, interesa resaltar que las nociones que han sido analizadas en este trabajo no constituyen, de ninguna manera, un análisis acabado. En este sentido, se incentiva la realización de investigaciones posteriores que centren su objeto de estudio en las adecuaciones necesarias, desde una perspectiva ética, para que la salud mental comunitaria se haga realidad, se afiance y sea apropiada por la sociedad argentina en su conjunto, como el modo de construir SM cotidianamente.

5. REFERENCIAS

- Abelaira, P. (2019). La declaración universal sobre bioética y DDHH y la ley 26.657. La experiencia de Trieste como escenario para pensar su encuentro. <https://www.academica.org/000-111/94>
- Abelaira, P., Trápani, J., Chabán, M., Cirigliano, M., Tagliamonte, A., Casal, M., Fernández Garbin, N. y Arleo, S. (2023). *Experiencias triestinas*. Nueva Editorial Universitaria-UNSL. <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2020/05/experiencias-triestinas.pdf>
- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis filosófico*, Vol. XXXV, núm. 1, pp 13-26. <https://www.redalyc.org/pdf/3400/340042261002.pdf>
- Angelini, S. y Larriu, A. (2016). *Consideraciones sobre los conceptos de Peligrosidad y de Riesgo cierto e inminente. Implicaciones para las medidas de seguridad*. [Objeto de conferencia] pp 48-56. V Jornadas de Investigación y IV Encuentro de Becarios de Investigación de la Facultad de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/67512/Documento_completo_PDFa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aprea, G. (2010) *La psicopatología, la psiquiatría y la salud mental. Sus paradigmas y su integración*. Ed. Universidad de La Plata. <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/download/294/276/882-1>
- Asociación de Psiquiatras Argentinos [APSA] (2019a, Mayo 24). Ley de salud mental, desmanicomialización y salud pública. Una larga serie de malos entendidos desde el retorno de la democracia. <https://www.apsa.org.ar/docs/leysm052019.pdf>
- Asociación de Psiquiatras Argentinos [APSA] (2019b, Agosto 6). Un censo mal hecho, unos resultados inaceptables. <https://www.apsa.org.ar/documentos.php#>
- Asociación de Psiquiatras Argentinos [APSA] (2019c Setiembre) Ley Nacional de salud mental, a diez años de su sanción. Un balance desde la psiquiatría. <https://www.apsa.org.ar/documentos.php#>
- Asociación de Psiquiatras Argentinos [APSA] (10-10-2020). Sobre la LNSM y el campo de la salud mental en argentina. <https://apsa.org.ar/docs/bo26102020.pdf>
- Benet, M., Merhy, EE y Pla, M. (2016). *Devenir cartógrafa*. Atenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social, 16 (3), 229-243. <https://www.redalyc.org/pdf/537/53748488010.pdf>
- Berger P. & Luckmann, T. (1986) *La construcción social de la realidad*. Amorrortu-Murguía.
- Brussino, S. (2012). *Reflexiones para una bioética implicada en la cultura de los derechos humanos*. <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2012.v29n4/561-565/>
- Brussino, S. (2014). *Introducción a una fundamentación de la bioética*. Red Bioética UNESCO. <https://es.scribd.com/document/424654662/04-Introduccion-a-Una-Fundamentacion-de-La-Bioetica-Brussino>
- Canguilhem G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2018). El Instituto Nacional de Salud Mental, los inicios del camino que hoy transitamos. *Topía*. <https://www.topia.com.ar/articulos/instituto-nacional-salud-mental-inicios-del-camino-que-hoy-transitamos>
- Casado, M. (2021). *Bioética y derechos humanos*. Bioética FLACSO.
- Casado, M. (2001). *Una bioética para el siglo XXI: de pacientes a ciudadanos*. <http://www.abogarte.com.ar/casado/html> Bioética FLACSO.

- Casallas-Murillo, A. (2017). *La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional*.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Castilla García, A., Castilla San José, M. (2001). *El consentimiento informado en psicoterapia*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (80), 23-35.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000400003&lng=es&tlng=es
- Centro de Estudios Legales y Sociales-CELS (2015). *El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental. Avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios*.
<https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/IA2015-12-El-desafio-de-implementar-la-Ley-Nacional-de-Salud-Mental-1.pdf>
- Ciriza A. (2009). Perspectivas feministas desde América latina: habitar/ migrar/ tomar la palabra desde el sur. *Revista Feminaria*. INCIHUSA- CONICET.
- CLEPIOS 78. (2019). Nota Editorial del Comité de Redacción Interdisciplinario.
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios78.pdf>
- Código Civil y Comercial de la Nación Comentado (2014). Tomo I. Arts. 1º a 256. Rubinzal-Culzoni Editores.
- Cohen, H. (2022). La ley de salud mental en Argentina. *Medicina*, 82(5), 760-763.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802022000900760&lng=es&tlng=es.
- Coupechoux, P. (Agosto de 2010). La psiquiatría en Francia: negación de la locura y domesticación del sujeto. *Revista Topía*. <https://www.topia.com.ar/articulos/psiquiatri-francia-negacion-locura-y-domesticacion-del-sujeto>
- Cueto, M., Brown, T. y Fee, E. (2011). *El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría*. DOI: 10.21678/0252-1865.
https://www.researchgate.net/publication/304705201_El_proceso_de_creacion_de_la_Organizacion_Mundial_de_la_Salud_y_la_Guerra_Fria
- Curiel, O. (2014). *Género, raza, sexualidad: debates contemporáneos*. [Objeto de conferencia] Universidad del Rosario, Colombia.
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/75237/ochycuriel.pdf?sequenc>
- De Carlo, S., C, Kaltman, S. y Miranda, J. (2013). Poverty and mental health: how do low-income adults and children fare in psychotherapy? *Journal of clinical psychology*, 69 (2), 115-26 PMID: 23280880
- Decreto 603 de 2013. Reglamentación de la ley N°26.657. 28 de mayo de 2013.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>
- de Lellis M. y Sosa M. (2018) *Modelos de atención: un análisis comparado de la legislación provincial y la ley nacional de salud mental*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. <https://xdoc.mx/documents/modelos-de-atencion-un-analisis-comparado-de-la-legislacion-5e5ebc0baaf11>
- de Lellis, M. (2014). *Ética, moral y políticas de salud mental*. Universidad de Buenos Aires.
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/etica_moral_politica_salud.pdf
- Diniz, D. y Guilhem, D. (1999). *Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade*.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-299173>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018). *Abordaje de la salud mental en hospitales generales*. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento226.pdf>

- Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos (7 de junio de 2018). *Salud capacita a profesionales en atención de Salud Mental*.
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-capacita-profesionales-en-atencion-de-salud-mental>
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Faden, R. y Shebaya S. (2010). *Ética de la salud pública*. Enciclopedia de Filosofía de Stanford. Bioética FLACSO.
- Falcone, R. (2008). La noción de Higiene Mental en las publicaciones periódicas en Argentina (1923-1947). *Revista de Historia de la Psicología en Argentina* 2008-Nº1. Rossi, L. (2008), pp.155-161.
- Falcone R. (s.f.) Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina.
http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/inv_trab.htm
- Fenoglio, H. (Noviembre de 2014). Avances y Límites de la Ley Nacional de Salud Mental. *Topía*.
<https://www.topia.com.ar/articulos/avances-y-limites-ley-nacional-salud-mental>
- Fernando Muñoz y L. & Jaramillo, L. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (125), 111-121. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>
- Ferro, R. O. (2014). Salud mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista De Salud Pública*, 14 (2), 47–62.
<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v14.n2.7082>
- Foucault M. (1996). *La vida de los Hombres Infames*, Editorial Altamira. Recuperado en <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina29343.pdf>
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- Foucault M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1998). *La historia de la locura en la época clásica I*. FCE, Colombia, 1998. ISBN 958-9093-85-X
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Galende, E. (2008a). Desmanicomialización institucional y subjetiva. *Psicoanálisis - Vol. XXX - Nº 2/3 - 2008 - pp. 395-427*. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/07/Conferencia-E.-Galende.pdf>
- Galende, E. (2008b). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, Raco (Revista catalana de acceso abierto) Vol. 20, p. 25-34, <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/354548>.
- Garrafa, V. y Prado, M. (2002). *Hard bioethics: demanding the best for the most. Perspectives in Health (OPS/OMS)*, Vol. 7, No. 1, 2002, pág. 30.
https://www3.paho.org/English/DD/PIN/Number13_last.htm
- Garrafa, V. y Porto, D. (2003). Intervention Bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6), 399–416. doi:10.1111/1467-8519.00356
- Garrafa, V. (2005). De uma bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética (Conselho Federal de Medicina)*, Vol. 13, No. 1, 2005, págs. 125-134
- Garrafa, V. (2014). *Bioética y salud pública*. Redbioética UNESCO.
- Gilligan, C. (2003). *In a different voice*. Harvard University Press.
- Gobierno de Neuquén (25 de septiembre de 2019). *Acortar las brechas de atención de padecimientos de salud mental*. <https://www.saludneuquen.gob.ar/acortar-las-brechas-de-atencion-de-padecimientos-de-salud-mental/>

- Gobierno de Tucumán (4 de abril de 2019). *Implementan estrategias de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)*. <http://msptucuman.gov.ar/implementan-estrategias-de-accion-para-superar-las-brechas-en-salud-mental-mhgap/>
- Gobierno de Tierra del Fuego (12 de agosto de 2022). *El Gobierno de la provincia participa del programa de "Formación de Formadores" en Salud Mental*. <https://www.tierradelfuego.gob.ar/blog/2022/08/12/el-gobierno-de-la-provincia-participa-del-programa-de-formacion-de-formadores-en-salud-mental/>
- González Álvarez, O., (2007). Sobre ética y psiquiatría: una relación controvertida. *Portularia*, VII (1-2), 189-202. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161017323011>
- Hermosilla, AM y Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2) ,134-148 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382008>
- Iacoponi, L. (04-03-1999). El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el método Open Door. *ALCMEON. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Vol.7, Año X. https://www.alcmeon.com.ar/7/28/alc28_03.htm
- Ivanovic-Zuvic, F. (2000). El legado de Karl Jaspers. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38 (3), 157-165. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000300004>
- Jaggar, A., y Molinari Tato, A. (2014, abril 1). Ética feminista. *Debate Feminista*, 49. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30002-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30002-0)
- Kaufman, J. (2017). Bioética feminista y el concepto de salud mental. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/MemAca_f4b5839cea1428f6acf8feeb64d74031
- Kaufman, J. (2021). *Más allá del modelo distributivo de la justicia en salud: Reflexiones a partir de las demandas de los movimientos sociales en Argentina*. [Tesis de maestría, Bioética FLACSO].
- Lacan, J. (27 de mayo de 1964). *El sujeto y el otro: la alienación*. Seminario XI, clase 16. <https://www.psicopsi.com/seminario-11-clase-16-sujeto-el-otro-alienacion-27-mayo-1964/>
- Lamm, E. (2017). *Derechos personalísimos: su novísima recepción legal en el CCyCN*. DELS - OPS- OMS. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-personalisimos-su-novisima-recepcion-legal-en-el-ccygn#:~:text=Concepto,%2C%20casi%20org%C3%A1nica%20e%20integral.%22>
- Le Bar, M. (2020) Justice as a Virtue. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Edward N. Zalta (ed.)
- Ley Nº 26.529 de 2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 19 de noviembre de 2009. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ley Nº 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. 2 de diciembre de 2010. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Luna F. (2009). *Vulnerabilidad: la metáfora de las capas*. CONICET/FLACSO. https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/9572/mod_page/content/17/3.
- Luna, F. y Salles, A. (2008). *Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. FCE. Buenos Aires.
- Mackenzie, C. y Stoljar, N. (2000). *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. [http://bioethics.pitt.edu/sites/default/files/CEP/Bootcamp2019/Deem%2C%20Relational_Autonomy_y_Feminist_Perspectives_on_Autom... ---- %28Introduction_Autonomy_Refigured%29.pdf](http://bioethics.pitt.edu/sites/default/files/CEP/Bootcamp2019/Deem%2C%20Relational_Autonomy_y_Feminist_Perspectives_on_Autom...----%28Introduction_Autonomy_Refigured%29.pdf)
- Magoja, E. (2016). *El principio de autonomía y sus problemas en el campo de la bioética*. El principio de autonomía y sus problemas en el campo de la bioética.

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/3056/1/principio-autonomia-campo-bioetica-magoja.pdf>

- Mainetti, M. y La Rocca, S. (2020). Autonomía y vulnerabilidad como fundamentos del derecho a la salud en el marco de los cambios legales en Argentina en el siglo XXI. *Revista Xihmai XV* (29), 35-58, enero-junio. <https://revistas.lasallep.edu.mx/index.php/xihmai/article/view/329/531>
- Mazzinghi, G. (2014). La ley de Salud Mental: Un paso atrás (o varios...). *Revista de Derecho de Familia y de las personas*. Año VI, nº 11.
- Merhy, EE. (2006) *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Cuadernos del ISCo, UNLA. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/24/34/90-1>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Dirección Nacional de Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud. (2018). *El padecimiento mental como reflejo de la concepción social sobre la locura*. Salud Mental Comunitaria. Campus virtual de salud pública de OPS. <https://www.campusvirtualesp.org/es>
- Muñiz, C. (2019). *Incapacidad como supuesto de excepción: el art. 32 del Código Civil y Comercial bajo la mirada de la Corte Suprema*. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/13447>
- Oliveira, M. y Osman, E. (2017). Pluralismo bioético: aportes latinoamericanos a la bioética en perspectiva decolonial. *Revista Bioética*. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017251166>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2005). Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2008). Programa de bioética y ética de la ciencia. Montevideo. https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Bioetica_Base.pdf
- Organización de Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud (2008). El derecho a la salud. *Boletín informativo N°31*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (22 de julio de 1946). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (1990). *Declaración de Caracas*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2005). *Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (2010). *Consenso de Panamá*. <https://www3.paho.org/per/images/stories/FtPage/consenso%20de%20panama.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2015) *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Versión 2.0. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Dirección de Salud Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). *Salud Mental Comunitaria*. Nodo Argentino del Campus Virtual de Salud Pública de OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Iniciativa Especial para la Salud Mental (IESM) - Programa mhGAP Argentina*. <https://www.paho.org/es/programa-mhgap-argentina>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Organización Panamericana de la Salud (2023). *OPS Argentina acompaña a cinco provincias en el cambio de la atención en salud mental*. <https://www.paho.org/es/noticias/17-3-2023-ops-argentina-acompana-cinco-provincias-cambio-atencion-salud-mental>
- Organización Panamericana de la Salud (2023). *Programa mhGAP en Argentina*. <https://www.paho.org/es/programa-mhgap-argentina>
- Peiró, C. (28 de julio de 2021). "Caso Chano Charpentier: Con esta ley de Salud Mental los pacientes reciben balas en vez de tratamientos". *Infobae*. <https://www.infobae.com/sociedad/2021/07/28/caso-chano-charpentier-con-esta-ley-de-salud-mental-los-pacientes-reciben-balas-en-vez-de-tratamientos/>
- Poder Ejecutivo Nacional (28-05-2013). *Decreto 603/2013*. Ley 26.657- Reglamentación. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-215485>
- Poder Ejecutivo Nacional (30-06-2021). Decreto 426/2021. Comisión nacional interministerial en políticas de salud mental y adicciones.
- Porto, D. y Garrafa, V. (2005). Bioética de intervención: consideraciones sobre una economía de mercado. *Revista Bioética*, 13 (1) ,111-123. ISSN: 1983-8042. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533241010>
- Presidencia de la Nación. (2015). *Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/6c_lineamientos_rrhh_salud_.pdf
- Red Bioética UNESCO (2008). Programa de base de estudio sobre bioética. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000163613_spa
- Roa, A. (1998). *Ética y Bioética*, Ed. Andrés Bello, Santiago de Chile, p. 164.
- Rotelli, F. (2014). *8 + 8 principios para una estrategia de psiquiatría comunitaria, colectiva, territorial*. <https://gruposaludmentalfts.files.wordpress.com/2014/02/rotelliochoprincipios-1.pdf>
- Rotelli, F. (2015). *Vivir sin manicomios*. Topía Editorial.
- Salles A. (2008). *Enfoques éticos alternativos*. En F. Luna & A. Salles, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos* (pp.79-133). Buenos Aires: FCE.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es.
- Sherwin, S., y Molinari Tato, A. (2014, abril 1). Feminismo y bioética. *Debate Feminista*, 49. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30003-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30003-2)
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012) *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/195112?show=full>
- Stordeur, M. y Vernengo, M. (2019). Intervenciones y acciones terapéuticas. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psi_coterapias1/material/intervenciones_terapeuticas_stordeu_vernengo_2019.pdf
- The Lancet editorial (2021, Febrero 27) Ley de cuidados inversos. *Vol 397*, n.10276. <https://redbioetica.com.ar/ley-de-cuidados-inversos/>

- The Panamerican Health Organization (PAHO) 12 de septiembre de 1978. *DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.*
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Toro Martínez, E. (2019). Cadáver exquisito. *Revista Clepios 78.*
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios78.pdf>
- Vainer, A. (2000). El residente y la comunidad terapéutica. *Revista Topía.*
<https://www.topia.com.ar/articulos/el-residente-y-la-comunidad-terap%C3%A9utica>
- Vainer, A. (2007). De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental. *Revista Topía.*
<https://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>
- Vergara Quinteros, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Scielo.*
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
- Vidal, S. (2010). Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. *RedBioética.*
<https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/BioeticaVidal.pdf>
- Vidal, S. (1999). *Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica.* Jurisprudencia Argentina Nº 6166, 1999: 58-68.
- Vidiella, G. (2008). *La justicia en la salud.* En F. Luna & A. Salles, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos* (pp. 393-416). Buenos Aires: FCE.
- Young, I. (1990). *La justicia y la política de la diferencia.* Ediciones Cátedra Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer. I.S.B.N.: 84-376-1826-6.