

Debates de cátedra

Derribando mitos. Una contribución a la problematización en torno a la ley nacional de salud mental¹

**Mariano Poblet Machado^a, Milagros Oberti^b,
Silvia Faraone^c y Eugenia Bianchi^d**

Fecha de recepción: 23 de noviembre de 2021
Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2021
Correspondencia a: Mariano Poblet Machado
Correo electrónico: marianopoblet@gmail.com

- a. Carrera de Trabajo Social - Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMyDH – IIGG). Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Universidad Nacional de Lanús. Doctorando en Salud Mental Comunitaria (UNLa).
- b. Carrera de Trabajo Social - Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMyDH – IIGG). Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Lic. y Profesora en Comunicación Social (UBA).
- c. Carrera de Trabajo Social - Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMyDH – IIGG). Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Dra. en Ciencias Sociales (UBA).
- d. Carrera de Trabajo Social - Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMyDH – IIGG). Facultad de Ciencias Sociales, UBA - CONICET. Dra. en Ciencias Sociales (UBA).

1. Producción colectiva elaborada en el marco de la Cátedra (Faraone) "Problemática de la Salud Mental Argentina" (Carrera de Trabajo Social UBA) y el "Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos" (GESMyDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani (FSOC UBA).

Resumen:

A once años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, exponemos debates compartidos desde la Cátedra "Problemática de la Salud Mental Argentina" de la Carrera de Trabajo Social y el "Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos" (GESMyDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani; ambos de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Organizamos la exposición a partir de enunciados que circulan en espacios mediáticos, políticos e institucionales, profesionales y académicos, y se proponen como axiomas, al modo de "mitos" que operan sin problematizar ni indagar su veracidad. Estos se presentan de manera neutral, naturalizada, sin explicitar posicionamientos respecto del campo de la salud mental.

Como equipo documentamos múltiples polémicas, disputas y conflictos sobre los contenidos y la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. Estas discursividades conforman una compleja arena pública de disputa entre posiciones profesionales respecto a la conceptualización de las problemáticas de salud mental, las modalidades de abordaje, las concepciones sobre los sujetos con padecimiento mental, el alcance de sus derechos, entre otros tópicos.

Utilizamos nociones elaboradas por Foucault, de las ciencias de la comunicación y del análisis del discurso, y procuramos contribuir a la urgente necesidad de continuar con la plena implementación de la norma.

Palabras clave: Ley Nacional de Salud Mental - Mitos - Problematización.

Summary

Eleven years after the promulgation of the National Mental Health Law 26,657, we present shared debates from the Seminar "Problemáticas de la Salud Mental en Argentina" of the Social Work Career and the "Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos" (GESMyDH) of the Gino Germani Research Institute; both from the Faculty of Social Sciences at UBA.

We organize the article based on statements that circulate in media, political and institutional, professional and academic spaces, and are proposed as axioms, in the manner of "myths" that operate without problematizing or investigating their veracity. These are presented in a neutral, naturalized way, without explicit positions regarding the field of mental health. We document multiple controversies, disputes and conflicts over the contents and application of the National Mental Health Law. These discursivities compound a complex public arena of dispute between professional positions regarding the conceptualization of mental health problems, the modalities of approach, the conceptions about subjects with mental illness, and the scope of their rights, among others.

We use Foucauldian notions, as ones from the communication sciences and discourse analysis, and we intend to contribute to the urgent need to continue with the full implementation of the norm.

Key words: National Mental Health Law; Myths; Problematization.

Introducción

En ocasión de cumplirse once años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM), nos interesa en este artículo recuperar y exponer algunos debates que compartimos desde el grupo de docencia e investigación de la Cátedra “Problemática de la Salud Mental Argentina” de la Carrera de Trabajo Social y el “Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos” (GESMyDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani; ambos de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. A estos intercambios también contribuyeron las experiencias profesionales de los integrantes del equipo y se prolongaron en los espacios de investigación relacionados con un proyecto UBACyT y el Programa de Investigación en Grado de Trabajo Social (PIG), ambos en curso.

Para organizar la exposición en torno a nuestras reflexiones y debates, optamos por recuperar distintos enunciados que circulan en diferentes espacios, tanto mediáticos y políticos e institucionales, como profesionales y académicos. En muchas ocasiones estos enunciados se proponen como axiomas, al modo de “mitos” que operan sin ser problematizados o sin indagar acerca de su veracidad. A la vez son presentados de manera neutral, como si la enunciación misma de ciertos conceptos, o de relaciones entre conceptos y categorías, no implicase un posicionamiento respecto del campo de la salud mental, sus características, alcances y actores integrantes.

Desde la trayectoria del equipo hemos asistido a múltiples polémicas, disputas y conflictos, que conforman diversos discursos respecto a los contenidos y la aplicación efectiva de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM). Estas discursividades se reactualizan con el correr de los años entre profesionales, conformando una compleja arena pública de disputa que pone de manifiesto las diferentes posiciones existentes respecto a: la conceptualización de las problemáticas de salud mental, las modalidades de abordaje, las concepciones sobre los sujetos con padecimiento mental, el alcance de sus derechos, entre otros tópicos. De esta forma, reflejan posturas corporativas dentro del propio campo, principalmente por parte de representantes del modelo biomédico y de diversos grupos de interés con una estrecha relación con el complejo médico industrial y que son replicados por grupos conservadores en otros campos, como por ejemplo medios masivos de comunicación.

Utilizando como caja de herramientas para abordar estas disputas algunas nociones elaboradas por Michel Foucault tales como formación discursiva, problematización y polémica, así como algunos elementos del campo de las ciencias de la comunicación y el análisis del discurso, apostamos a que este artículo en clave de debates marque la urgente necesidad de continuar con la plena implementación de la LNSM.

La caja de herramientas conceptuales

En el tiempo transcurrido desde la promulgación de la Ley, hemos asistido al surgimiento y reiteración de múltiples discursos, principalmente entre profesionales, que configuran la arena pública respecto de los contenidos y aplicación de la norma. Creemos necesario problematizar dichos discursos y en este sentido, siguiendo a Dean, entendemos la problematización como aquella instancia que “establece un análisis de la trayectoria de las formas históricas de la verdad y del conocimiento sin un origen o un fin [...] encontrando preguntas donde otros han localizado respuestas” (1994, p. 4. Traducción propia). Foucault señaló que “problematización no quiere decir representación de un objeto pre-existente, ni tampoco creación por medio del discurso de un objeto que no existe” (1991a, p. 231). Además, el autor introduce un andamiaje conceptual que referenció como formación discursiva (Foucault, 1985, 1991b, 2002a) que nos permite avanzar en el sentido que nos proponemos.

Un principio equivalente al propuesto para la problematización orienta la definición de la formación discursiva, como aquella que es constituyente de un objeto y no la que tematiza un objeto preexistente. Así la formación discursiva articula un conjunto de enunciados y prácticas concretas, pero no instituye un sistema homogéneo, siendo la dispersión una característica fundamental del mismo, y pudiendo provenir los enunciados y prácticas de ámbitos disímiles (Foucault, 2002; Murillo, 1996).

Volviendo a la noción de problematización, Foucault añade que “(e)s el conjunto de las prácticas discursivas y no discursivas lo que hace entrar algo en el juego de lo verdadero y de lo falso y lo constituye como objeto de pensamiento” (Foucault, 1991b, p. 213-232). En esta línea, se han sucedido trabajos empíricos y de corte teórico que recuperan la noción para el análisis de múltiples procesos (Rose, 1994; Osborne, 2003; Rabinow, 2011). Un eje del concepto reside en la consideración de la multiplicidad de respuestas posibles que pueden

brindarse simultáneamente para un mismo conjunto de dificultades. Sin embargo, y en línea con los postulados de investigación en términos de formación discursiva, el énfasis está puesto en qué es aquello que hace que más de una respuesta sea simultáneamente posible, cuál es el punto en el que se enraíza esa simultaneidad; incluso a pesar de las contradicciones que pueda presentar (Foucault, 1997, 2009).

El trabajo de problematización busca responder a las dificultades que emergen en torno a las respuestas posibles, pero haciendo algo distinto de expresarlas o manifestarlas, ya que "en conexión con ellas, desarrolla las condiciones en las que se dan respuestas posibles; define los elementos que constituirán lo que las diferentes soluciones intentan responder" (Foucault, 1997, p. 118. Traducción propia).

Esto supone un movimiento de análisis crítico que, por una parte, marca cómo las diferentes soluciones a un problema han sido construidas; y por otro ubica cómo esas diferentes soluciones resultan de una forma específica de problematización. Como modo de entender los problemas, la problematización se diferencia de la polémica, a la que Foucault considera "figura parasitaria de la discusión" y "obstáculo en la búsqueda de la verdad" (Foucault, 2010, p. 992), que impide el surgimiento de nuevas ideas, y obtura la formulación de preguntas y respuestas.

Frente a este panorama, problematizar no implica ofrecer una solución que clausure el problema; ni ponderar, evaluar y concluir cuál es la respuesta que pondría fin a la controversia, formulada en términos de veracidad o falsedad científica. Antes bien, supone ubicar, por una parte, las voces que surgieron para responder al problema que se plantea, y por otra, cuál es el punto en el que estas respuestas simultáneas y múltiples presentan alguna regularidad.

Por otro lado, y tal como hemos expresado, desde nuestra caja de herramientas conceptual retomamos elementos del análisis del discurso y de las ciencias de la comunicación. Con respecto al primer campo de estudios, y en línea con Arnoux (2013) lo entendemos como un campo interdisciplinario que invita a comprender a los discursos como objetos de conocimiento para distintas ciencias humanas y sociales que los abordan desde sus preocupaciones y enfoques. De este modo, es posible recurrir al análisis del discurso para formular y probar hipótesis desde los propios campos disciplinarios.

Dentro de una perspectiva crítica en esta línea, el discurso se interpreta como una práctica social (Fairclough y Wodak, en Arnoux, 2013), nos permite comprender al uso del lenguaje en el habla como una práctica discursiva relacionado a diversos ámbitos de la vida social. Nos interesa destacar el énfasis en el término crítico que realiza la autora, dado que anuncia "un gesto militante que subyace al proceso de desmontar los mecanismos ideológicos de sometimiento y discriminación" (p. 15).

En congruencia, los discursos no acontecen en sí mismos, en ningún tiempo o espacio, por el contrario, en el análisis del discurso se destaca al discurso como la articulación de un texto y un lugar social en un modo de enunciación (Maingueneau, en Arnoux, 2013). Es justamente este vínculo del discurso con el universo social el que vuelve pertinente su análisis no solo desde la lingüística, sino desde otras ciencias, particularmente las ciencias sociales, ya que son las que dan cuenta de las prácticas sociales. En este sentido, y en línea con la autora, argumentamos que "es una de las primeras razones por las cuales se habla del análisis del discurso como un campo interdisciplinario" (p. 16).

Siguiendo con esta fundamentación, y comprendiendo al discurso como una práctica social no escindido de un contexto dado y que su análisis crítico permite un desmontaje de las estructuras hegemónicas que lo producen y sostienen, podemos comprender desde las ciencias de la comunicación justamente al discurso en el seno de la vida social, como relaciones significantes relacionadas en un tiempo y un espacio, el cual es producido y reconocido por los sujetos (Verón, 2004).

En este campo, y para comprender los debates que se dan en torno a la normativa, adherimos al hecho de que ningún significado es fijo, en otras palabras, que ningún elemento es unívoco (Martini, 1994, p. 4), sino que apelamos al estudio del discurso que supone un carácter abierto e incompleto de lo social. Sin embargo, las prácticas hegemónicas discursivas que hemos denominado como "mitos", y se vuelven materia de la propia discusión, siempre intentarán suturar, cerrar y fijar el sentido, totalizándolo en una ideología, en un solo modo de significación (Laclau y Mouffe, 1987). En este sentido, entendemos que las fijaciones son parciales y que admiten posiciones diferenciales o antagonismos que resultan en una lucha ideológica en la superficie del discurso por fijar la significación.

Mitos en torno a la ley nacional de salud mental

El mito de inicio: “La ley no se discutió, la sacaron a la fuerza”

La LNSM fue sancionada en diciembre de 2010, teniendo como antecedente un largo proceso de discusión parlamentario y extraparlamentario, que comenzó en el momento de la redacción del proyecto, dado en un clima de múltiples debates e intercambios entre diversos actores del campo. En esa instancia se puso el foco en teorías en torno a la problemática de salud/padecimiento mental/atención-cuidado y a los procesos des/institucionalizadores (Faraone, 2012a). Su sanción y reglamentación, lejos de limitarse a una discusión de profesionales clínicos y expertos, fue largamente discutida por representantes de sindicatos, familiares, personas usuarias del sistema de salud mental, organizaciones sociales, instancias académicas, investigadores, organizaciones de derechos humanos, asociaciones de profesionales, entre otros (Poblet Machado, 2016, Faraone y Barcala, 2020).

En esos intercambios se visibilizó que el campo de la salud mental se caracteriza por un entramado de fuerzas diversas y actores sociales múltiples, no siempre concordantes en sus objetivos, funciones y alineamientos. Aún hoy se sigue tratando de un complejo espacio de relaciones de poder que requieren ser problematizadas a la luz de la coyuntura. La sanción de la LNSM significó, tal como lo señaló Silvia Faraone (2012b) un acontecimiento en el sentido dado por Foucault, ya que ubicó a los procesos de des/institucionalizadores en un grado de legalidad que implicó una ruptura radical con el modelo instituido, quedando al descubierto en las discusiones acontecidas las formas ocultas de las prácticas legitimadas en las instituciones de encierro asilar. En estas instancias se transparentaron también tensiones en torno a ciertos tópicos en el abordaje de la salud mental, los cuales siguen siendo ejes de disputa. Entre ellos podemos destacar: la definición de lo que se entiende por salud mental y padecimiento mental, la autoridad de aplicación de la normativa, la modalidad de abordaje interdisciplinar, los criterios para ocupar cargos jerárquicos, los tiempos de la internación, y con ello, las altas, las externaciones y los permisos de salida también, el uso de medicación psicoactiva.

Sin embargo, entendemos que el punto más relevante en torno a la confrontación de posiciones, que unifica

todos los anteriores, es el cierre de la institución manicomial, ya que en este se ponen en juego (en tensión y articulación) tecnologías, clasificaciones, valoraciones, normativas, moralidades y éticas de diferentes saberes en torno a las nociones teóricas sobre la cual enunciamos el modo de intervención. Padecimiento, trastorno, sufrimiento, enfermedad y discapacidad (Faraone 2013) marcarán las políticas y estrategias diferenciales a seguir.

Volviendo a las discusiones parlamentarias, también hubo un profundo debate en este ámbito. El proyecto fue girado a las Comisiones de Acción Social y Salud Pública y la de Justicia de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación (HCDN). Por su parte, en el Honorable Senado de la Nación (HCSN), el proyecto de Ley fue abordado en las Comisiones de Salud y Deporte, de Legislación General, de Justicia y Asuntos Penales, y de Presupuesto y Hacienda (Faraone, 2012). En esta instancia los/las diputados/as y senadores/sas realizaron diversas jornadas a fin de escuchar y analizar los diferentes posicionamientos en torno al proyecto de Ley (tres en la HCDN y cuatro en el HCSN). Finalmente, el proyecto fue votado por unanimidad en ambas cámaras.

Por último, queremos destacar el rol que tuvieron organismos internacionales, dependencias estatales y organizaciones de Derechos Humanos que participaron en el proceso de discusión de los contenidos del proyecto de ley, lo cual le otorga una fuerte impronta con el paradigma de los derechos humanos. Entre estos, se puede señalar a la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), el Ministerio de Salud de la Nación, la Organización Panamericana de la Salud, el Centro de Estudios Sociales y Legales (CELS), el Consejo General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (COGESAM) y el Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional.

Tal como se desarrolló hasta aquí, el mito de falta de espacios de discusión no tiene asidero con la realidad. Se pusieron en juego diferentes proyectos en torno a la salud mental y la LNSM avanzó en uno de los sentidos. Sin embargo, una vez reglamentada mantuvo este carácter de ser objeto de agudas discusiones y debates, no sólo al interior del campo de profesionales, sino y más ampliamente, en ámbitos sociales, políticos y mediáticos. En este sentido sostenemos que muchas de estas discusiones, además de significar reposicionamientos corporativos disciplinares en el campo, transparentan

disputas de fondo en torno los derechos humanos de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental.

Segundo mito: "La Ley hace un forzamiento en la vinculación salud mental / derechos humanos. Solamente en Argentina esto ocurre"

La LNSM significó un hito en el reconocimiento, por parte del Estado, de los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental. Estos derechos están explicitados en la propia norma y se comprenden como la aplicación de diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos a un grupo caracterizado por su particular situación de vulnerabilidad, históricamente blanco de diferentes prácticas y tecnologías estatales basadas en el encierro, la exclusión social y, reiteradas veces, en la tortura (Barcala, 2016; CELS, 2019, Faraone y Barcala, 2020).

La Ley 26.657 permitió establecer el vínculo existente entre salud mental y derechos humanos, generando que este instrumento jurídico sea una ley de avanzada en la materia a nivel mundial, ya que toma diferentes antecedentes legislativos existentes (locales, nacionales e internacionales), y realiza una síntesis de todos ellos (Poblet Machado, 2016). En este sentido, argumentamos que se trata de un instrumento íntegramente relacionado a los derechos humanos por múltiples razones: considera a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, promueve el abordaje de las problemáticas de salud mental sustentado en un modelo comunitario y en una estrategia de atención primaria de la salud, establece procedimientos e instancias de control judicial para las internaciones. Además, y principalmente, propicia la problematización de la lógica tutelar, que tal como lo expresan diferentes autores, se basa en un modelo biomédico sustentado en un paradigma positivista, que entiende a la enfermedad en el nivel individual, que se centra en procedimientos curativos y opera como una mercancía, ligada al complejo médico industrial (Iriart, 2008; Bianchi y Faraone, 2018, Faraone y Barcala, 2020).

Además, la LNSM realiza una robusta articulación con el Sistema Interamericano de Derechos Humanos y con los compromisos internacionales que el Estado Argentino ha asumido en la materia. Entre los principales podemos destacar la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU del 2008. Esta se consolidó como una herramienta jurídica que permitió, junto a otros instrumentos ya existentes, dar visibilidad al colectivo dentro del sistema de protección de dere-

chos humanos de Naciones Unidas. A su vez, permitió declarar al fenómeno de la discapacidad, sus características y problemáticas específicas, como una cuestión de derechos humanos (Poblet Machado, 2016).

Por otro lado, señalamos que la ley entreteteje vinculaciones con declaraciones, recomendaciones y/o estándares que son realizadas por organismos no vinculantes. A este tipo de documentos se los denomina soft law (Kraut, 2006). Estos ayudan a especificar con mayor detalle los aspectos concretos de los derechos humanos que se ponen en juego en el ámbito de los servicios de salud mental.

Dentro de este tipo de antecedentes, son centrales la "Declaración de Caracas" de 1990, como resultado de la "Conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILOS)", convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este instrumento problematiza el modelo de atención psiquiátrica basado en el encierro en instituciones asilares y se proponen cambios en la atención de las problemáticas de salud mental, orientados a la Atención Primaria de la Salud (APS), con dispositivos alternativos radicados en la comunidad, entre otros. Esta declaración se la reconoce como el primer estándar que relaciona expresamente los instrumentos internacionales de derechos humanos con sus violaciones en los manicomios (Vásquez, 2010).

En línea directa, la "Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual" del año 2004 (OPS), indica que los Estados deben reconocer que las personas con discapacidad intelectual y/o problemáticas de salud mental son ciudadanos plenos de la sociedad y deben reconocer y proteger sus derechos.

Por su parte, en la "Conferencia Regional para la Reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas" conocida como Conferencia de Brasilia, del año 2005, en la cual se ratificó la validez de la primera declaración, en relación a sus principios rectores vinculados a la protección de los derechos humanos de las personas con problemáticas de salud mental. De este evento participaron la OMS, la OPS, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares.

Los "Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en América Latina" del año 2008, de la Comisión Interamericana de Dere-

chos Humanos (CIDH) es otro de los antecedentes a destacar. Este instrumento se relaciona directamente con la LNSM, al incorporar dentro de la noción de privación de libertad a las internaciones en salud mental y, por lo tanto, retoma las responsabilidades y recaudos que deben tener los Estados en su control y supervisión. Dicho instrumento reconoce “la particular situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad mental privadas de libertad en hospitales psiquiátricos y en instituciones penitenciarias”, por lo que establece que los sistemas de salud deberán incorporar una serie de medidas a fin de garantizar la gradual desinstitucionalización y la organización de servicios alternativos. Este punto es central en la LNSM estableciendo que la privación de libertad de una persona en un hospital psiquiátrico u otra institución similar es un recurso excepcional utilizado en casos de que exista una seria posibilidad de riesgo cierto o inminente para la persona o terceros. Además, crea un conjunto de instancias que velan por la garantía de los derechos de aquellas personas que deben ser internadas.

Finalmente, en 2010, se estableció el “Consenso de Panamá”, donde participaron diferentes autoridades de salud de América Latina, organizaciones de derechos humanos, instituciones académicas, la OMS, la OPS, usuarios y familiares. En el mismo, se instó a impulsar la implementación de la estrategia y plan de acción sobre salud mental y a fortalecer el modelo de atención comunitaria de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial, entre otros objetivos.

De esta forma, nuevamente se observa un mito sin ningún asidero, ya que queda de manifiesto la íntima relación del campo de la salud mental con el campo de los derechos humanos. Sin embargo, esto no se agota únicamente en los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales, y en este sentido, como GESMyDH consideramos que vincular el campo de la salud mental con los derechos humanos implica posicionamientos epistemológicos, teóricos y políticos, que posibilitan entender la problemática como un espacio de luchas, que conlleva a mejorar las condiciones de vida de las personas usuarias de servicios de salud mental, colectivo al que históricamente se le han sobrevulnerado sus derechos humanos.

Tercer mito: Competencias profesionales. “La ley es anti-psiquiatra”

En primer lugar, afirmamos que la Ley tiene como objetivo establecer modelos interdisciplinarios de abordaje,

atención y cuidados en salud mental con la incorporación de todas las profesiones que intervienen en este campo. Algunos de los resultados de nuestras investigaciones muestran que homogeneizar los saberes y las prácticas de cualquier disciplina es un reduccionismo que no se condice con la multiplicidad de posiciones, valoraciones, prácticas y compromisos que encontramos en el conjunto de los/las trabajadores/as.

Ninguna disciplina en su conjunto, y entre ellas la psiquiatría, encarna o expresa una postura única respecto de cómo se concibe la persona con un padecimiento psíquico, así como tampoco acerca de los tratamientos y los procesos de atención que debe asistir. Por el contrario, la concepción que sustenta este mito, se asocia a corporaciones médicas que reducen la práctica psiquiátrica a una perspectiva biologicista, individualizante, medicalizadora y que aún sostiene la institución asilar. En los últimos tiempos esta perspectiva ha sido pública en los medios masivos de comunicación en los cuales diversos profesionales, a través del análisis de determinadas situaciones acaecidas en la esfera pública, transparentan una concepción de enfermedad mental vinculada a la peligrosidad y por lo tanto a la necesidad de encierro. Acerca de esta situación podemos inferir que esta concepción no es privativa de las corporaciones médicas, aunque muchas veces son sus voceros, sino también de otras corporaciones profesionales que intervienen en este campo y que aún expresan posiciones ideológicas confrontando la Ley.

Cabe señalar que la noción de interdisciplinariedad que establece la ley, se relaciona estrechamente con la definición de salud mental establecida en su artículo tercero “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Este mito también se derrumba dado que la LNSM propicia una igualdad y colaboración entre los integrantes de los equipos profesionales, respetando la especificidad e incumbencias disciplinares de cada uno de ellos. La norma expresa que mediante la interdisciplina se busca fomentar el diálogo entre de distintas profesiones, áreas y abordajes e integrar sus saberes.

Cuarto mito: “La Ley prohíbe internar a las personas”

La LNSM establece una serie de regulaciones y mecanismos para asegurar la legalidad de un proceso de in-

ternación. Para ello, define expresamente los motivos, criterios, plazos y mecanismos de control judicial que otorgan legalidad a los procesos de internación de las personas. Esta puntilliosidad en el abordaje de una situación de internación se debe a que históricamente las internaciones fueron la modalidad privilegiada para atender las problemáticas de salud mental.

Resulta oportuno volver a los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en América Latina (CIDH, 2008), que establecen que las internaciones de salud mental son una forma de privación de libertad, por lo que deben realizarse únicamente en condiciones excepcionales y con diferentes mecanismos que aseguren su control y supervisión judicial. Se reconoce que una internación en salud mental implica también una afectación de derechos, siendo la libertad ambulatoria uno de los derechos que se restringen.

Por estos motivos, el instrumento de la LNSM establece una multiplicidad de aspectos que regulan la estrategia terapéutica en cuestión. Principalmente, afirma que una internación sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones posibles de realizarse en su entorno familiar, comunitario o social. La norma, en paralelo, impone el deber de promover el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

La ley además hace expresa diferencia entre las internaciones voluntarias e involuntarias. En las primeras la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento por sí misma decidir el abandono de la internación. Las internaciones involuntarias en cambio sólo podrán realizarse cuando a criterio del equipo de salud, existiera una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Cabe destacar que la Ley prevé, al considerar la internación involuntaria como una restricción de libertad, que se debe informar al juez en un plazo de diez horas del inicio de la internación. A su vez, a los tres días, el equipo tratante debe informar mediante un escrito la situación de la inter-

nación. Además, la persona internada tiene derecho a designar un abogado, y si no lo hiciera el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación.

Con respecto a las altas, externaciones y permisos de salida, la norma determina que estos serán responsabilidad de los equipos interdisciplinarios, sea una internación voluntaria o involuntaria, con excepción de los casos de internación respecto a las personas incluidas en el Art. 34, Inc. 1, párrafos segundo y tercero del Código Penal, es decir, aquellas personas declaradas inimputables.²

Dado que la internación es uno de los tópicos más complejos y discutidos, entendemos que la LNSM otorga potestades a los equipos de salud mental, en relación a la posibilidad de definir una internación, lo cual implica una modificación en el rol histórico que poseía el Poder Judicial. De este modo, la figura del juez pasó de ser quien definía la internación y la externación, a ser quien controla los procesos de internaciones y revisa la legalidad del procedimiento. Por otra parte, esto implica la desjudicialización de la problemática y el tratamiento en salud mental quedando las decisiones en manos de los equipos de salud mental, mientras que la justicia pasa a ser un garante de los derechos de las personas internadas (Poblet Machado, 2016).

Como queda de manifiesto, en el caso de las internaciones la Ley sólo plantea procedimientos y mecanismos que promueven el control judicial de la internación, a partir de reconocer la afectación de derechos que implica una internación en un dispositivo de tratamiento en salud mental. En ningún tramo de su articulado busca sancionar a quienes toman la decisión de la internación tal como en muchos medios de comunicación ha circulado como un mito.

Quinto mito: "El cierre de los manicomios implica el abandono de las personas y deja a los trabajadores en la calle"

La ley plantea que las internaciones se lleven a cabo en hospitales generales, a la vez que se implementen dispositivos y espacios intermedios. Tal como ya hemos expresado, y en concordancia con declaraciones interna-

2. Esta salvedad, refleja una discusión que no estaba resuelta al momento de la sanción de la Ley, y que se ha dejado para plantearse junto a una futura modificación del Código Penal. Probablemente los legisladores hayan encontrado en ella una estrategia para que se vuelva viable la sanción de la mencionada ley y no se paralice su proceso legislativo. Para un análisis en profundidad de las implicancias del art. 34 recomendamos Hegglin, 2017, Poblet Machado, 2016.

cionales, se propone un cambio de modalidad de atención y abordaje a partir de un modelo de salud mental comunitaria, desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial.

En conformidad con la normativa, llevar adelante estas transformaciones en el modelo de atención/cuidados requiere generar modificaciones en las políticas sanitarias, propiciando tanto el cierre de los manicomios, la prohibición de creación de nuevas instituciones monovalentes, como también fomentar el establecimiento de casas de medio camino, hospitales de noche, hospitales de día, residencias comunitarias, entre otras iniciativas. Sin embargo, como cualquier otro instrumento jurídico, la Ley no toma decisiones en relación a la planificación, ejecución y definiciones de políticas públicas. Dado que la LNSM es una norma de orden público, el Estado Nacional y las diferentes jurisdicciones tienen que tomar las determinaciones políticas y desarrollar las estrategias que posibiliten la puesta en marcha de los dispositivos que establece la propia norma. Reconocemos que, a más de diez años de su sanción existe un déficit producto de decisiones políticas que no van en línea con la normativa.

Un aspecto no menor a tener en cuenta, es que las estrategias comunitarias son «mano de obra intensiva», es decir, que se requiere de una mayor cantidad de profesionales, trabajadores y personal preparado para la ejecución de una gran diversidad de tareas de cuidado, que estén tanto en las instituciones (con sus multiplicidades) como en los territorios. En otras palabras, la atención de problemáticas de salud mental, realizada mediante el modelo de Atención Primaria de la Salud, a través de la generación de dispositivos comunitarios, requiere de un mayor despliegue de equipos de salud mental. E inclusive, este mayor número de profesionales, técnicos y cuidadores, no necesariamente implica una mayor erogación económica por parte de los Estados, comparativamente al costo de sostener los grandes manicomios³.

De este modo, se desmorona el mito de trabajadores en la calle y se fortalece el paradigma que la ley establece de cuidar a los sujetos en su ámbito, alejando cualquier fantasma de abandono producto de políticas deshos-

pitalizadoras (Rotelli, Leonardis y Mauri, 1987). Pero también, la ley desafía a fortalecer equipos de salud con trabajadores preparados, interesados y comprometidos con los derechos de las personas con padecimiento mental.

Sexto mito: “Lo que propone la ley de salud mental es impracticable en la realidad”

El modelo de atención que se propone la Ley está basado en experiencias, investigaciones y ejemplos en el mundo. Se basa en prácticas y análisis teóricos que han sido puestos en ejecución en diferentes países, e inclusive, en el nuestro. Sin embargo, para que pueda llevarse a cabo es necesario que se tomen decisiones de políticas públicas que efectivamente impliquen cambios en los modelos de atención/cuidado.

En este sentido se observan jurisdicciones que vienen avanzando en pos de una sociedad sin manicomios y otras que, por el contrario, afianzan una política de sostenimiento de las instituciones de encierro. En este sentido, en relación a las segundas, la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), analizó el presupuesto utilizado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en salud mental. Al respecto se detectó que el 85% del total de este presupuesto es utilizado en los 4 monovalentes ubicados en la ciudad (ACIJ, 2015). Esta organización plantea, a partir del análisis de los recursos que se han distribuido en estos 10 años, que la sustitución de los manicomios en la CABA es una deuda pendiente ya que Estado continúa invirtiendo una gran cantidad de fondos en instituciones de encierro que, según nuestra normativa, deberían haberse cerrado en el año 2020 (ACIJ, 2021, p. 18). Por otro lado, la misma organización plantea que específicamente, sobre el presupuesto utilizado por el ministerio de Salud de la Nación vinculados a procesos des/institucionalizadores, son proporcionalmente marginales, en relación a los gastos totales de salud.

Sin embargo, en otras jurisdicciones se observan políticas que avanza en el desarrollo de una des/institucionalización responsable y comprometida con los derechos de las personas internadas. En este sentido la provincia

3. A sabiendas de las dificultades para realizar análisis presupuestarios en nuestro país, destacamos las conclusiones realizadas en un estudio en República Checa, quienes otorgan “evidencia económica para la desinstitucionalización al mostrar que el alta a la atención comunitaria es rentable en comparación con la atención en los hospitales psiquiátricos” (Winkler, et al., 2018: 1).

A su vez, en el caso argentino el “sistema de atención continua basado en el hospital psiquiátrico, y el presupuesto es un reflejo de esa situación. En tal sentido, gran parte de los fondos presupuestarios que el Estado tiene asignados a la salud mental los dirige al sostenimiento de grandes instituciones monovalentes. Por este motivo, si se pudieran desagregar adecuadamente los fondos tendientes a cumplir con las obligaciones que surgen de la ley, el porcentaje dentro del presupuesto total de salud sería aún menor” (ACIJ, 2021: 19).

de Buenos Aires ha comenzado un profundo proceso que incluye por un lado la externación de usuarios, y por otro, la limitación de ingresos al sector denominado de crónicos. Esto se acompaña de un proyecto de viviendas, centros culturales, así como también del fortalecimiento del hospital general como espacio para la internación para aquellos casos que lo requieran.

Por otro lado, existen también un conjunto de experiencia que vienen desarrollándose desde hace ya mucho tiempo y que son testigos de que el abordaje de la salud mental por fuera del modelo asilar es posible. Podemos destacar entre estas el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital Esteves (PREA), el "Centro Franco Basaglia", el Centro Cultural Comunitario "Camino Abierto", el Programa de Apoyo a la Competitividad (PAC), la puesta en marcha del Hospital Bona parte, entre otras iniciativas (Faraone y Barcala, 2020).

Estas experiencias echan por tierra el mito de que la ley es inaplicable en la realidad, pero también dejan al descubierto la urgencia de avanzar en su plena implementación a nivel nacional. En este sentido entendemos que para ser aplicada se requiere de políticas, prácticas y estrategias des/institucionalizadoras.

A modo de cierre

Este escrito surge de debates y diálogos dados en el marco de grupos de investigación, así como desde las experiencias docentes y profesionales en el campo de la salud mental. Es propicio comprender que dichas discusiones no encuentran una clausura en estos seis mitos, sino una apertura hacia la noción del campo de la salud mental como una arena de luchas, en los términos de Volóshinov (2009). Trabajar con los mitos que fueron instalándose nos permite su deconstrucción en pos de sostener que aún no se han desarrollado las políticas públicas que la ley requiere para su plena implementación.

Las reflexiones que aquí desarrollamos problematizan el escenario en que se disputan los sentidos por la salud mental, y con ello las políticas y las prácticas que conlleva, contemplando su propia historicidad y las múltiples relaciones de fuerza intervinientes en su conformación. La caja de herramientas nos permiten profundizar la formulación de interrogantes, categorías de análisis e incluso de esquemas propios, que brindan claves para reflexionar acerca de una situación en particular y nos permite sostener nuestra convicción primordial: la defensa de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 como un instrumento que vela y garantiza derechos a las personas que experimentan y viven padecimientos subjetivos, en algún momento de su vida o frecuentemente.

A más de diez años de la sanción de la Ley, como trabajadores/as e investigadores/as del campo de la salud mental, podemos dar cuenta que muchas de estas discusiones y/o divergencias aún no fueron resueltas. Como señalamos previamente, muchas de estas tensiones se reeditan constantemente en diferentes espacios académicos, laborales y en los medios de comunicación. Sin embargo, reafirmamos y expresamos nuestra convicción en la íntima relación entre el campo de la salud mental y el campo los derechos humanos. Asimismo, las obligaciones de los Estados frente a este colectivo, el cual históricamente se ha encontrado en graves condiciones de vulnerabilidad y ha sido sometido a prácticas y tratamientos caracterizados por la exclusión y el encierro. Por estos motivos, nuevamente señalamos la necesidad de alertar sobre las implicancias que conllevan estos mitos que embisten nuestro marco normativo, el cual tiene una fuerte relación con el Sistema Interamericano de Derechos Humanos y sus diferentes instrumentos jurídicos internacionales; y tal, como dice Abramovich (2009), tienen un rol fundamental en la orientación general de algunas políticas públicas, y en los procesos de formulación, implementación, evaluación y fiscalización de las misma.

Bibliografía

- Abramovich, V. (2009) “Das violações em massa aos padrões estruturais: novos enfoques e clássicas tensões no sistema interamericano de direitos humanos”, en *Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos*. V. 6, N. 11, pp. 6-39. Disponible en <https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200002>.
- ACIJ (2015). *Presupuesto para el Área de Salud Mental: Análisis del Proyecto 2016*. Disponible en <https://bit.ly/3oDMqDE>.
- ACIJ (2021). *Salud mental: recursos insuficientes y concentrados en el manicomio. Presupuesto 2021*. Disponible en <https://bit.ly/2YTIExf>.
- Arnoux, E. (2013) “El análisis del discurso como campo interdisciplinario”, en *Análisis del discurso. Modos de abordar materiales de archivo*. Bs. As.: Santiago Arcos, pp. 13-29.
- Barcala, A. (2016). “Interdisciplina y Ley de Salud Mental. El trabajo interdisciplinario enmarcado en el apoyo a la defensa técnica a personas internadas en forma involuntaria”. *Revista Del Ministerio Público de La Defensa de La Nación*, 71–79. <https://bit.ly/3wtd1W5>
- Bianchi, E.; faraone, S. (2018). “Diagnósticos y fármacos en la infancia: una perspectiva analítica desde las ciencias sociales”. En Faraone, S. y Bianchi, E. *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo, p. 61 – 92
- CELS (2019). “Audiencia ante la CIDH sobre los hospitales psiquiátricos de la Argentina”. Disponible en <https://bit.ly/2An48WA>
- Dean, M. (1994). *Critical and Effective Histories. Foucault's Methods and Historical Sociology*. London and New York: Routledge. 237 pág.
- Faraone, S (2012a). “Cartografía de la Des/institucionalización en Salud Mental (1983-2010): Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas”. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Sociales. UBA
- Faraone, S. (2012b). “El acontecimiento de la Ley Nacional de Salud Mental. Los debates en torno a su sanción”. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2(4), 47–61. <https://bit.ly/2Vd3ohe>
- Faraone, S. (2013, December). “Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones”. *Salud Mental y Comunidad*, 3, 29–40. <https://bit.ly/2WAKGkr>
- Faraone, S., & Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Editorial Teseo.
- Foucault, M. (1985). “Contestación al Círculo de Epistemología”. En: Terán, O. (Presentación y selección) *Michel Foucault. El discurso del poder*. México: Folios. Pp. 88-124.
- Foucault, M. (1991a). “El interés por la verdad”. En: Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (Eds.) *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta. Pp. 229-242.
- Foucault, M. (1991b). “La función política del intelectual. Respuesta a una cuestión”. En: Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (Eds.) *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta. Pp. 47-74.
- Foucault, M. (1997). “Polemics, politics, and problematizations: An interview with Michel
- Foucault, M. (2002a). *La arqueología del saber*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002b). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Argentina: FCE.
- Foucault, M. (2010). “Polémicas, problemas y problematizaciones”. En: *Michel Foucault, Obras Esenciales. Tercera Parte: Estética, ética y hermenéutica*. Ed. Paidós. Barcelona. Pp. 991-998.
- Garland, D. (2005). *La cultura del control. Crimen y orden social en la sociedad contemporánea*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Hegglin, M. F. (2017). “Las medidas de seguridad en el sistema penal argentino: su contradicción con principios fundamentales del Derecho penal y de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. En *Documenta - Análisis y acción para la justicia social (Ed.)*, *Inimputabilidad y medidas de seguridad a debate: Reflexiones desde América Latina en torno a los derechos de las personas con discapacidad* (pp. 15–52). Ubijus Editorial. <https://bit.ly/3xvCyzf>
- Iriart, C. (2008). “Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias”. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 13(5). Pág.1619-1626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500025>
- Kraut, A. J. (2006). *Salud mental: tutela jurídica*. Buenos Aires, Argentina: Rubinzal-Culzoni.
- Laclau, E., Mouffe, G. (1987). “Capítulo 3, Más allá de la positividad de lo social: antagonismo y hegemonía”. En *Hegemonía y estrategia socialista*. (pp. 129-185). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Martini, S. (1994): “La comunicación es interacción. Cuando comunicar es hacer: interaccionismo simbólico, Erving Goffman y

apuestas en juego". Documento de la Cátedra Martini, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

Murillo, S. (1996). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Argentina: CBC.

Osborne, T. (2003). "What is a problem?" *History of the Human Sciences*. Vol. 16 N°4. Pp. 1-17.

Poblet Machado, M. A. (2016, agosto). *La relación entre la salud mental y justicia penal. El impacto de la incorporación de normativa de Derechos Humanos en Salud Mental en el sistema de administración de justicia penal del Poder Judicial de la Nación*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Buenos Aires, Argentina. Recuperado septiembre 28, 2020. <https://bit.ly/3k5nSD8>

Rabinow, P. (2011). "Dewey and Foucault: What's the problem?" *Foucault Studies*. Vol. 11. Pp. 11-19.

Rose, N. (1994). "Medicine, history and the present". En: Jones, C. y Porter, R. (eds.) *Reassessing Foucault. Power, medicine and the body*. London and New York: Routledge. Pp. 48-72.

Vásquez, J. (2010). "La Declaración de Caracas: Un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales". En *Conferencia Regional de Salud Mental "20 años después de la Declaración de Caracas"*, Panamá.

V. Volóshinov. *El Marxismo y la filosofía del lenguaje*, Godot, Buenos Aires, 2009.

Winkler P, Koeser L, Kondrátová L, Broulíková HM, Páv M, Kallišová L, Barrett B, McCrone P. (2018). "Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis". *Lancet Psychiatry*. N°5, vol. 12. pp. 1023-1031. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30388-2.

Fuentes documentales

Decreto 603/2013. Argentina. Ley N° 26.657. Apruébase reglamentación. <https://bit.ly/3HwxUGz> [consulta, noviembre de 2021]

Ley 26.529/2010. Argentina. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. <https://bit.ly/3DqPV6B> [consulta, noviembre de 2021]

Ley 26.657/2010. Argentina. Salud Mental y Derechos Humanos. <https://bit.ly/2XL2V3k> [consulta, noviembre de 2021]

OEA (2008). "Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en América Latina". Disponible en <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp> [consulta, noviembre de 2021]

ONU (2013). "Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes" Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Torture/IAC-12March2013.pdf> [consulta, noviembre de 2021]

OPS (1990). "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina" (Declaración de Caracas). Disponible en <https://bit.ly/3gDqmEm> [consulta, noviembre de 2021]

OPS (2005). "Conferencia Regional para la Reforma de los servicios de Salud Mental" (Brasilia). Disponible en: <https://paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20sald%20mental.pdf> [consulta, noviembre de 2021]

OPS/OMS (2004). "Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual". Disponible en: <https://www.mpba.gob.ar/files/documents/decl-montreal-discap-intelectual.pdf> [consulta, noviembre de 2021]

OPS/OMS (2010) Consenso de Panamá. Disponible en: <https://paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanish-JAN11.pdf> [consulta, noviembre de 2021]