

Artículos centrales

El acontecimiento de la ley nacional de salud mental

Los debates en torno a su sanción

Silvia Faraone*

Fecha de recepción: 4 de octubre de 2012
Fecha de aceptación: 20 de octubre de 2012
Correspondencia a: Silvia Faraone
Correo electrónico: sfaraone@sociales.uba.ar

* Docente e investigadora. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

Si bien la Argentina avanza hacia la consolidación de un Estado de derecho, cabe señalar la existencia de una importante franja poblacional que continúa victimizada y sobre las cuales se violan sistemáticamente derechos humanos. Las personas privadas de su libertad, como es el caso de las personas con sufrimiento psíquico internadas en los hospitales psiquiátricos por tiempo indefinido y en muchos casos compulsivamente, no sólo son víctimas de las antiguas formas de reclusión, destierro y confinamiento, sino también, víctimas de graves hechos de abusos y negligencia.

A diferencia de otros países (Italia, Brasil, Chile, entre otros), en la Argentina se inicia un proceso legislativo con leyes jurisdiccionales que ponen el eje en reformas psiquiátricas. A lo largo de los últimos cinco años, nivel nacional, el tratamiento de una Ley de Salud Mental y Derechos Humanos fue un desafío asumido en la Comisión de Salud de ambas cámaras legis-lativas. Se presentaron dos proyectos de ley uno de los cuales, a partir de diciembre de 2010, fue aprobado por ambas cámaras y sancionado como ley (Ley

26.657). Tanto la aprobación por unanimidad del proyecto de ley en Diputados como un dificultoso proceso para la aprobación en el Senado, es el resultado de disputas, consensos y conflictos de intereses que merecen ponerse en juego.

El objetivo de este artículo se inscribe en el análisis de este proceso centrando la mirada en los actores partícipes de las discusiones parlamentarias a fin de captar las tensiones, conflictos y oportunidades que estarán presentes en el proceso de legitimación, de reglamentación e institucionalización de la ley, así como en las prácticas innovadoras que la misma conlleva.

Palabras claves: Salud mental - Legislación - Actores sociales.

Resumo

Si bem Argentina avança para a consolidação de um Estado de direito, cabe assinalar a existência de uma importante faixa populacional que continua vitimada e sobre a qual se violam sistematicamente direitos humanos. As pessoas privadas de sua liberdade, como é o caso das pessoas com sofrimento psíquico internadas nos hospitais psiquiátricos por tempo indefinido e em muitos casos compulsivamente, não só são vítimas das antigas formas de reclusão, desterro y confinamento, mas também, vítimas de graves abusos e negligência.

A diferença de outros países (Itália, Brasil, Chile, entre outros), na Argentina se inicia um processo legislativo com leis jurisdicionais que põe o eixo em reformas psiquiátricas. Ao longo desses últimos cinco anos, a nível nacional, o desenvolvimento de uma Lei de Saúde Mental y Direitos Humanos foi um desafio assumido na Comissão de Saúde das câmaras legislativas. Apresentaram-se dois projetos de lei um dos quais, a partir de dezembro de 2010, foi aprovado por ambas as câmaras e sancionado como lei (Lei 26.657). Tanto a aprovação por unanimidade do projeto de lei entre os Deputados como um dificultoso processo para a aprovação no Senado é resultado de disputas, consensos y conflitos de interesses que merecem entrar no jogo.

O objetivo deste artigo baseia-se na análise desse processo centrando no olhar dos atores partícipes das discussões parlamentares a fim de captar as tensões, conflitos e oportunidades que estarão presentes no processo de legitimação, de regulamentação e institucionalização da lei, assim como nas práticas inovadoras que a mesma acarreta.

Palavras chave: Saúde mental, legislação, atores sociais.

Introducción

La Ley 26.657 fue promulgada en diciembre de 2010 y resulta necesario reflejar los cambios acaecidos en el campo de la salud mental a partir de este acontecimiento, ya que ubica a los procesos de reforma psiquiátrica (Faraone, 2005; Amarante, 2009; Galli, 2011) en un grado de legalidad que permite el análisis desde un nuevo orden. En este artículo se examina la ocurrencia del proyecto de ley como un acontecimiento discursivo (Foucault, 2008), es decir, en el sentido práctico, político, institucional y moral, y no estrictamente como un acontecimiento arqueológico, que implica una novedad histórica, una ruptura radical (Foucault, 2008), dado que las discusiones en torno a los distintos proyectos e instancias de sanción de la Ley no reflejaron nuevas prácticas, sino que permitieron considerar sus formas ocultas (Castro, 2004).

Analizar el proceso que posibilitó la sanción de la Ley 26.657 reviste importancia, ya que los debates parlamentarios que originó instalaron frondosos intercambios entre legisladores –diputados y senadores–, expertos y representantes de instituciones y organizaciones del campo de la salud mental. En un significativo número de reuniones se representaron diferentes intereses corporativos, ideológicos y teóricos (Kraut y Diana, 2011) que estarán presentes en el proceso de legitimación, de reglamentación e institucionalización de la ley y de las prácticas innovadoras que la misma conlleva.

Estos intercambios fueron registrados en versiones taquigráficas en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación (HCDN) y la Honorable Cámara de Senadores de la Nación (HCSN) y parte de ellas constituyen el material que se considera en este artículo. En este punto es conveniente plantear una mirada sobre la construcción de una viabilidad legislativa relacionada con los derechos humanos y la salud mental (Faraone y otros, 2011; CELS-MDRI, 2008; Galende, 2007), visible en la conformación de los textos de los documentos legislativos considerados en ambas cámaras. En este sentido, las exposiciones de los

expertos constituyen insumos que permiten caracterizar las “prácticas discursivas” (Foucault, 2008: 65) que se estaban imponiendo en nuestro país en torno a los procesos de reforma psiquiátrica y sobre las cuales son necesarias plantear el nuevo orden de situación en tanto alianzas, conflictos y oportunidades.

Desde el momento de la presentación del primer proyecto de ley nacional de salud mental en la HCDN, en 2006, se generaron foros, encuentros y debates públicos en los cuales participaron académicos, organismos internacionales, autoridades políticas, asociaciones de profesionales, familiares y usuarios de servicios de salud mental, que plantearon diversas teorías en torno a la problemática de la salud-enfermedad mental y a los procesos de reforma psiquiátrica.

Los discursos pronunciados ante los diputados y senadores pertenecientes a las comisiones de salud de ambas cámaras, permiten acceder a los puntos nodales de los procesos de transformación en el campo de la salud mental en la Argentina (Rosendo, 2011). Las exposiciones mencionadas dejaron al descubierto, por un lado, la necesidad de que hubiera una ley en salud mental, pero por otro, manifestaron tensiones en relación a los contenidos específicos que debía contener dicha legislación. Con el fin de poner en evidencia esas tensiones, se rastreará acá el modo particular en que se definen los enunciados desde un análisis de los discursos en su exterioridad, tal como lo plantea Murillo “buscando sus condiciones de existencia en las prácticas sociales y no en los sujetos” (Murillo, 1997: 30).

De modo que el acontecimiento de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental adquiere un aspecto de importancia central, como relación de fuerza, como interjuego de fuerzas históricas que se rigen por el azar de la lucha. Pensar la construcción del proyecto de ley como acontecimiento conlleva a problematizar las relaciones de poder, en tanto posiciones no ubicadas en la exterioridad, que son a la vez intencionales y no subjetivas, pero muestran relaciones que encuentran resistencias.

Los consensos en la cámara de diputados

El proyecto de ley que se aprobó por unanimidad en la HCDN el 14 de octubre de 2009¹ fue presentado por los diputados Leonardo Gorbacz (representante del ARI por Tierra del Fuego), Emilio García Méndez y Fabiana Ríos (también del ARI) en 2007². El año anterior habían presentado otro proyecto las diputadas Marta De Brasi (de Audeterminación y Libertad) y Lucrecia Monti (del Partido Justicialista)³ y, en ese lapso se trabajó en la Comisión de Salud y Acción Social de esta Cámara con el objetivo de unificarlos y elaborar un dictamen en conjunto. Si bien ambos textos contaban con una línea legislativa garantista de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, el proyecto de De Brasi y Monti tenía un perfil más reglamentarista.

Los primeros proyectos

A continuación se comparan los puntos sobresalientes de ambos proyectos.

Definición. El proyecto Gorbacz-García Méndez-Ríos entiende por salud mental: "un proceso determinado por componentes históricos, sociales, 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 (art. 4). También incluye taxativamente, dentro de la definición, los trastornos de alcoholismo y los diversos tipos de adicciones (art. 4, inc. 5).

Autoridad de aplicación. Si bien ambos proyectos ubican la autoridad de aplicación en el Ministerio de Salud de la Nación, el proyecto Gorbacz-García Méndez-Ríos propone la creación de una dirección nacional de salud mental.

Política. El texto de De Brasi-Monti propone la creación de un sistema federal de salud mental y establece que las provincias deberían adaptar

sus legislaciones a esta norma nacional. También plantea la necesidad de contar con un plan nacional de salud mental y un consejo federal, como órgano de carácter consultivo, honorario y de asesoramiento.

El proyecto Gorbacz-García Méndez-Ríos, en cambio, propone la generación de un órgano consultivo de derechos humanos y salud mental, que tendría por objeto la protección de los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico. A diferencia del primero, este texto establece que el Estado Nacional debe realizar convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a garantizar los principios de la normativa nacional.

Modalidad de abordaje. Si bien ambos planes centran el abordaje en una concepción de equipo interdisciplinario, el proyecto Gorbacz-García Méndez-Ríos detalla aspectos de su organización:

[...] las diferentes profesiones que componen el equipo profesional tendrán los mismos deberes, obligaciones y derechos en cuanto a la organización de la tarea y del sistema de atención; y deberes y obligaciones diferenciadas de acuerdo a su formación disciplinar. Los diferentes profesionales universitarios que integran los equipos están en igual condición para ocupar los cargos gerenciales y de conducción de los equipos y/o de las instituciones (art.12).

Internaciones. Ambos proyectos pusieron el eje en la internación como último recurso terapéutico. El presentado por De Brasi-Monti especifica que estas no deben extenderse por más de 30 días, mientras que la propuesta de Gorbacz-García Méndez-Ríos no pone límites en tiempo de internación, pero establece que aquellas que se extiendan por más de 60 días corridos se debe comunicar a un órgano de revisión. Asimismo, avanza

1. Exp. 0126-D-2009.
2. Exp. 0276-D-2007.
3. Exp. 1376-D-2006.

en el concepto de internación involuntaria para aquellos “casos en que mediare una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” (art. 20), y determina un plazo de 48 horas para informar al juez y al órgano de revisión. También establece que en dichas internaciones el usuario o su representante tienen el derecho de designar un abogado, y que de no ser así el Estado tiene la obligación de proporcionarle uno.

Dos artículos en el proyecto Gorbacz-García Méndez-Ríos son importantes a los efectos de este análisis:

La creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente queda prohibida por la presente ley. En el caso de los ya existentes se deberán adaptar a los objetivos y principios expuestos. Esta adaptación en ningún caso significará reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos (art. 25).

Las internaciones por causas relacionadas a problemáticas de la salud mental han de ir realizándose progresivamente en hospitales generales, para lo cual los hospitales de la red pública han de ir contemplando la atención en el campo de la salud mental como un elemento más de sus prestaciones (art. 26).

Altas, externaciones y permisos de salida. En ambos proyectos se da autoridad y responsabilidad al equipo tratante para decidir sobre estos temas, aunque en el texto de Gorbacz-García Méndez-Ríos este artículo es más taxativo, ya que establece que “son facultades del equipo tratante que no requiere autorización del juez” (art. 23). Este artículo obliga además a informar al juez en los casos de internaciones involuntarias o voluntarias según los términos del artículo 18 ó 26, y las internaciones realizadas en el marco del artículo 34 del Código Penal. El proyecto De Brasi-Monti establece que la internación debe ajustarse a los principios establecidos por el Código Civil de la Nación y las leyes complementarias, mientras que este primer proyecto de Gorbacz-García

Méndez-Ríos modifica a través del capítulo XI los códigos de fondo (Título X, libro primero, sección primera del Código Civil, art. 463 y 479), y deroga los artículos 469, 475 y 482 del Código Civil. Ambos proyectos proponen la derogación de la Ley 22.914.

Los encuentros de debate

Al mismo tiempo, se organizaron tres encuentros de debate en la HCDN, con el objetivo de consolidar legitimidad y viabilidad legislativa a una ley de salud mental. No se constituyeron como debates públicos, en el sentido de cuestionamientos o disidencias, sino como instancias de apoyo a los proyectos.

El primer encuentro. Se realizó el 20 de marzo de 2007 y contó como disertantes a los doctores Javier Vásquez (asesor en derechos humanos de la Oficina Regional de la OPS en Washington), Hugo Cohen (asesor subregional en salud mental para América del Sur de la OPS) y Antonio Di Nanno (en ese momento coordinador de la Unidad Ejecutora de Salud Mental del MSN). El tema central de exposición fue derechos humanos, libertades fundamentales y salud mental, y el debate se centró en los temas de voluntariedad y detención arbitraria de personas, y la violación de los estándares internacionales de derechos humanos. Otro punto destacado en las exposiciones fue la importancia de contar con un órgano de revisión, así como el derecho de apelar sus decisiones ante un tribunal superior. El Dr. Vásquez planteó la necesidad de “negociación entre los tres poderes del Estado -legislativo, ejecutivo y judicial-, ya que la creación del Órgano de Revisión implica el cambio de procedimientos de admisión y de revisión en las instituciones psiquiátricas” (HCDN, 2007a). Este representante de la OPS, promovió un apoyo fundamental al tratamiento de ambos proyectos:

Creo que las dos iniciativas que se están analizando en este Congreso son fundamentales porque pueden ser instrumentos jurídicos que reestructuren los sistemas de salud mental de conformidad con los compromisos internacionales y regionales que

tiene la Nación Argentina en el tema de los derechos humanos (HCDN, 2007a).

Segundo encuentro. Se desarrolló el 12 de abril de 2007 en el marco de las jornadas tituladas Hacia una ley de Salud Mental, organizadas por las diputadas De Brasi y Monti con el objetivo de presentar públicamente su proyecto. Si bien, tal como se expresó, este no tenía grandes diferencias con el presentado por los diputados Gorbacz, García Méndez y Ríos no hubo una presentación conjunta, lo que hizo que el doctor Juan Sylvestre Begnis, presidente de la Comisión de Salud y Acción Social de la HCDN, instara al trabajo en conjunto y de unificación en su discurso inaugural. Este momento marcó un punto de inflexión a partir del cual fue dificultoso el trabajo conjunto entre los autores de ambos proyectos.

Las jornadas fueron coordinadas por el doctor Armando Bauleo⁴, y contaron con un espectro amplio de participantes convocados para exponer acerca del proyecto de ley De Brasi-Monti⁵. De las disertaciones se concluye que los expositores no profundizaron diferencias explícitas en sus discursos, dado que esta instancia se ceñía a legitimar la necesidad de una ley de salud mental. Sin embargo, al interior de los grupos de derechos humanos, que si bien habían sido auspiciantes de las jornadas no habían sido convocados a disertar, se dieron conflictos de intereses: el foco estuvo puesto en la participación como conferencistas de representantes de instituciones hegemónicas, tales como las cátedras de psiquiatría o las direcciones de los hospitales monovalentes.

Tercer encuentro. El otro espacio se realizó el 9 de diciembre de 2008 y en su transcurso el presidente de la Comisión de Salud y Acción Social, doctor Sylvestre Begnis, puntualizó: "Consideramos el proyecto de ley prioritario para

el área de la salud en la República Argentina y además específicamente en el área de los Derechos Humanos" (HCDN, 2008).

Las instituciones representadas en este encuentro fueron el CELS, la APA, el COGESAM, la OPS y la Dirección Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Todas las intervenciones apuntaron al apoyo del proyecto de ley, si bien con algunas diferencias. El representante de la APA manifestó que "[el proyecto de ley] nos parece un instrumento indispensable en estos momentos [...]. La APA adhiere a buena parte del articulado de este proyecto, a su espíritu en general y al texto que lo compone, pero también tenemos diferencias en algunos puntos" (HCDN, 2008). El enviado del CELS adhirió en términos generales a la ley y expresó la necesidad de: "avanzar en la reforma de los códigos civil y procesal penal y en la ley de Ministerio Público para poder adecuar la legislación local a la ratificación de la convención" (HCDN, 2008). El representante del COGESAM planteó la necesidad de la interdisciplinariedad, concepto que más tarde fue central durante las discusiones en la HCSN: "cabe señalar que debe prevalecer una convivencia democrática, porque si hay algo que tenemos que establecer en una ley de salud mental es la democratización del poder" (HCD, 2008). Este tema fue retomado por la gente de la Secretaría de Derechos Humanos, en el análisis del concepto de diagnóstico integral y la revisión del de incapacidad.

Presentación del nuevo proyecto del diputado Leonardo Gorbacz

En 2009, los proyectos presentado en 2007 dejaron de tener vigencia legislativa y, el 2 de marzo, el diputado Gorbacz presentó un nuevo proyecto, con modificaciones en algunos artículos con

4. Tuvieron el auspicio de la Facultad de Psicología de la UBA, la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, la revista Topía, el Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos de la Universidad Popular de Madres de Plaza de Mayo, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Nación.

5. Entre los cuales se puede destacar a representantes de organismos internacionales -Alejandro Morlachetti (OPS)-, académicos -Juan Carlos Stagnaro (Facultad de Medicina, UBA), Sara Slapak (Facultad de Psicología, UBA), Enrique Stein (Universidad Nacional del Comahue)-, autoridades políticas -Antonio Di Nano (a cargo de la Unidad Coordinadora y Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, Ricardo Soriano (ex director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires) y César Bendersky (director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires)-, directores de hospitales monovalentes -Miguel Ángel Materazzi (Hospital Borda), Jorge Rosetto (Colonia Montes de Oca), Jorge Pellegrini (Hospital de Salud Mental de San Luis), y Alberto Godino (jefe de Salud Mental del Hospital Italiano). En el cierre expusieron Eugenio Zaffaroni (ministro de la Corte Suprema de Justicia), Eduardo Luis Duhalde (secretario de Derechos Humanos de la Nación) y Hebe de Bonafini (presidenta de la Asociación de Madres de Plaza de Mayo).

respecto al texto anterior, producto de las consultas que se habían realizado. Esta nueva iniciativa contaba con la firma de un número importante de legisladores, representantes de diferentes bloques políticos resultado del trabajo en la comisión de salud realizado durante el período anterior: Juan Sylvestre Begnis, Adela Segarra, Cecilia Merchan, Luis Cigogna, (todos del Frente para la Victoria), Mónica Fein (Frente Progresista), Vilma Ibarra (Nuevo Encuentro), Roy Cortina (Partido Socialista), Mónica Torfe (Partido Renovador de Salta), y María Luisa Storni (UCR)⁶. En términos generales, los cambios fueron:

Agregaba en las internaciones el término de “recurso terapéutico de carácter restrictivo”.

Establecía que “las personas internadas bajo su consentimiento podrán en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación” (art. 18).

Incorporaba el artículo 19: “El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de las obligaciones [...] de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan”.

Acortaba el plazo de información al juez y al órgano de revisión para los casos de internaciones involuntarias a 10 horas.

Ampliaba y especificaba las obligaciones de la autoridad de aplicación (en coordinación con otros ámbitos del Estado)

Establecía un presupuesto de salud mental de por lo menos el 10 por ciento del de salud, incluía recomendaciones dirigidas a los ámbitos académicos para la formación de profesionales en las disciplinas involucradas, promovía la adecuada cobertura de salud mental de las obras sociales y proponía el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión de servicios de salud mental

públicos y privados, la realización de un censo nacional en todos los centros de internación y el desarrollo de planes específicos de inserción socio-laboral.

En las disposiciones complementarias dejaba sin efecto las modificaciones al Código Civil en lo correspondiente al Título X (De las Personas Incapacitadas e Inhabilitadas) propuestas en el anterior proyecto. Incorporaba un nuevo artículo a este código de fondo:

Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de tres años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autoridad personal sea la menor posible (art. 152 ter.).

● No derogaba el artículo 482 del Código Civil sino que lo sustituía por el siguiente:

No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial [...] (art. 482).

Otra modificación del nuevo proyecto era el art. 45, que establecía que la ley es de orden público. Esto significa que las provincias no deben adherirse sino que constituye un piso y su cumplimiento es obligatorio.

Un nuevo encuentro. En el transcurso del análisis del nuevo proyecto de Gorbacz y otros en la HCDN, se realizó un nuevo encuentro deliberativo. En él expuso el doctor Benedetto Saraceno, director del Departamento de Salud Mental y Substancias Abusivas de la OMS, quien enfatizó

6. Exp. 0126-D-2009.

sobre la importancia del tratamiento de una ley de salud mental. Se refirió también a las causas de discapacidad –aclaró que entre las 10 primeras se cuentan la depresión, el alcohol, la esquizofrenia y la bipolaridad, es decir que pertenecían al área de salud mental– y al problema del estigma: “el 99 por ciento de las personas que tiene algún problema de salud mental tiene algún grado de estigma” (HCDN, 2009). Saraceno dio por sentado la intencionalidad de una práctica sin manicomios, aunque planteó las principales resistencias:

Todos queremos salir del manicomio, todos queremos lanzarnos a la comunidad, todos queremos reintegrar a los pacientes con plena ciudadanía, todos queremos compartir el esfuerzo con la atención primaria [...]. Si estamos de acuerdo pero no pasa. ¿Por qué no pasa? Por las barreras. [...] No se hace salud mental como lo hace Latinoamérica, gastando el 85 por ciento del presupuesto de salud mental para mantener hospitales psiquiátricos, que a veces dan vergüenza [...]. No se puede concebir [...] que el escaso recurso financiero sirva para mantener lugares que, en algunos casos, han sido denunciados por organismos internacionales como violaciones de derechos humanos. [...] No podemos concentrar el recurso médico, el financiero, los enfermeros, trabajadores sociales porque al manicomio llega un fragmento de la demanda [...]. Necesitamos descentralizar el recurso para aumentar la cobertura de respuestas a la demanda. [...] La atención primaria no puede volverse una religión ni un mito [...]. Tenemos que pensar la noción de interacción entre atención primaria y secundaria. [...] Se necesitan profesionales de la salud mental más educados en la salud pública. [...] Tenemos que transitar de una aproximación biomédica a una biopsicosocial [...]. No es lo mismo decir “Usted es un esquizofrénico argentino” que decir “usted es un argentino que padece esquizofrenia”. [...] La rehabilitación no es un taller, en un manicomio donde se hacen ceniceros y muñequitas. Esto no es rehabilitación, es una mentira [...] la rehabilitación es vivir, es mirar la televisión, ir a un bar, tomar un trago de vino, hablar, leer el periódico [...].

Yo no quiero locos pintando. Quiero locos ciudadanos [...] (HCDN, 2009).

Las diferencias en términos discursivos no surgieron en la exposición del doctor Saraceno, sino en las de representantes de instituciones y organizaciones del campo de la salud mental que intervinieron solicitando la palabra a posteriori. El representante del COGESAM dijo:

Creo que no estoy tan de acuerdo con que todos queramos que se termine el manicomio [...]. Estos obstáculos son de diversos factores: son corporativos, corporativos profesionales, corporativos farmacéuticos, corporativos gremiales, que verdaderamente encuentran en el manicomio una institución que sirve como una unidad de producción (HCDN, 2009).

Un médico psiquiatra de la APA expresó:

Una preocupación que también me asiste es depositar demasiada fe en una ley [...]. El problema podría presentarse en que la ley sea el punto de partida de un proceso cuando entiendo que es conveniente que sea la expresión del proceso en desarrollo [...]. Me parece que el proceso de reforma sería más efectivo en la medida en que tenga un trabajo de consenso y no una ley que sea el punto de partida [...] (HCDN, 2009).

Otro psiquiatra, jefe de un hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires, apuntó:

Otro tema que quiero plantear es la desmanicomialización y la desinstitucionalización [...]. En un hospital general donde no se sabe qué hacer, se le tiene mucho miedo al paciente. Además sabemos que si hay alguien que se está muriendo de cáncer y es molestado “por ese hijo de” que está gritando por los pasillos, que encima le quiere arrancar la tubuladura, en el pase del día siguiente el jefe del servicio de psiquiatría va a tener que explicar por qué ese paciente psiquiátrico está molestando a ese pobre ángel que se está muriendo de cáncer [...]. Parecería que estamos en una encerrona porque si decimos que hay que barrer

con todo, estamos haciendo probablemente el juego a un proyecto de tipo inmobiliario. Si por otro lado decimos no, es posible que nos estemos oponiendo [...]. Es un discurso reaccionario porque como se puede sostener que subsista algún hospital psiquiátrico. [...] Entonces, considero que hay mucho para debatir en este terreno y las cosas no son sólo los que mantienen las posiciones progresistas versus los que mantenemos la posición más retrógrada. Detrás de los progresistas muchas veces también está lo retrógrado [...] (HCDN, 2009).

Las palabras de un médico psiquiatra, ex director nacional de Salud Mental, sintetizaron el debate que se abrió en esta instancia parlamentaria y que más tarde fue retomado aún más fuertemente en la HCSN, luego de la aprobación del proyecto en la Cámara Baja.

Algo empioja la discusión, recuerden el proceso de las mentes empiojadas de las ideologías externas. Algo que empioja la discusión es la lucha de poder que se han armado en relación a las disputas sobre que es lo que se puede hacer con la salud mental. [...] Hay que hacer punta con una ley, hay que llevarlo a cabo, pero también hay que entender la complejidad tremenda que funciona en este océano donde sabemos que hay muchos tiburones, muchos pulpos, muchos intereses que con la excusa de la desmanicomialización a lo Reagan se están haciendo negocios inmobiliarios, que nosotros sabemos que están ahí dando vueltas [...] (HCDN, 2009).

Estos debates pusieron en la escena parlamentaria las pujas y luchas de poder presentes en el campo de la salud mental. Finalmente, el 14 de octubre del 2009 el proyecto de ley logró por unanimidad la media sanción en la HCDN, con

lo que se abrió un nuevo capítulo para la sanción definitiva de la misma.

Debates y disensos en la Cámara de Senadores

En este ámbito se dio un proceso distinto al de la HCDN, donde si bien hubo debates, consultas, exposiciones de expertos, no se pusieron en juego la diversidad de posicionamientos que surgieron en la HCSN, a partir de los conflictos de intereses que suscitó el proyecto de ley en el seno mismo del campo de la salud mental, sus actores, sus organizaciones, sus instituciones.

La multiplicidad de proyectos

Además del proyecto impulsado por Gorbacz y otros, y aprobado en la HCDN, que ingresó a la HCSN el 18 de octubre de 2009, se presentaron allí otras cinco iniciativas, que en general respondían a intereses particulares de actores o grupos en puja. Fueron impulsados por los senadores:

- Perceval y Bongiorno, del bloque Encuentro de los Rionegrinos, de la Alianza Frente para la Victoria⁷.
- Díaz y Martínez, del bloque Por Tierra del Fuego, de Afirmación por una republica igualitaria⁸.
- Rodríguez Saa y Negri de Alonso, del bloque Justicialista San Luis, de la Alianza Frente Justicialista⁹.
- Cabanchik y Di Perna, de los bloques Proyecto Buenos Aires Federal y Trabajo y dignidad, de la Coalición Cívica BA y el Frente por la integración Chubut¹⁰.
- Cano y Rached, del bloque Unión Cívica Radical, del Frente Cívico y Social. Tucumán y el Frente Cívico por Santiago del Estero¹¹.

7. Presentado el 6 de abril de 2009; exp. S-0859/09.

8. Presentado el 26 de mayo de 2009 y luego retirado; exp. S-1523/09.

9. Presentado el 8 de setiembre de 2009; exp. S-2516/09.

10. Presentado el 5 de mayo de 2010; exp. S-1190/10.

11. Presentado el 7 de mayo de 2010; exp. S-1273/10.

Si bien en líneas generales, estos proyectos abogaban por algún dispositivo transformador de la atención en el campo de la salud mental, cada uno tenía particularidades que marcaban direcciones en los procesos de reforma. Aunque sus diferencias no eran sustantivas, el número de proyectos y su dispersión operaron como obstáculos para el tratamiento del proyecto aprobado por la HCDN¹². Durante esta situación y a solicitud de los senadores de la Nación, se desarrollaron exposiciones de representantes de instituciones y organizaciones del campo de la salud mental.

El campo disciplinar. Las disertaciones mostraron las relaciones de poder dentro del campo de la salud mental: la figura del médico psiquiatra fue considerada la corporización de un poder disciplinario que invisibilizaba a los otros actores. Sin embargo, a pesar de sus discursos de diferenciación, los representantes de las otras profesiones reproducían la hegemonía médica en su propio campo disciplinar y no eran ajenas a la construcción del poder disciplinario que afecta y somete a los individuos expuestos a problemas vinculados a procesos de salud-padecimiento-atención-cuidado en lo mental.

En las disertaciones de los representantes de instituciones se verificó una apropiación de la mirada médica por otras disciplinas del campo de la salud. Así, la condición de esta mirada, su neutralidad, la posibilidad de ganar acceso al objeto, en suma, la relación misma de objetividad, constituida del saber médico y criterio de su validez (Foucault, 2007: 17), tiene cierta distribución en el tiempo hacia otras prácticas profesionales que intervienen en el complejo campo que hoy constituye la salud mental. Es interesante en este punto recordar cómo Foucault expone, tomando el período entre 1800 y 1830, que la propia creación de la psiquiatría, a diferencia de lo que comúnmente se interpreta, se dio como una es-

pecialidad de la medicina, aunque sin contar con procedimientos acordes a su práctica. Y releva una serie de procedimientos psiquiátricos que se legitiman con la medicina en el momento en que esta adquiere el estatuto de ciencia. Nace entonces como saber neutral, apoyado en una presunta naturaleza.

A diferencia de lo planteado por Foucault para ese período histórico, en las disertaciones de los representantes de instituciones y organizaciones se percibió algo nuevo: la existencia de disciplinas no médicas que le disputaban a esta ciencia ciertos principios y hegemonías. No se trataba de un discurso que legitimara el accionar de la psicología, el derecho, la sociología o la política, sino de la reproducción de un saber especial ya certificado¹³. Y en un continuo, ciertas prácticas y saberes del campo de la salud mental pujaban por inscribirse dentro del paradigma médico, como condición de legitimidad, a través de propuestas que impactarían en las prácticas concretas, en los servicios.

La puja por los espacios de disertación

En el debate en la HCSN se pudo observar que, mientras que los organismos de derechos humanos mantuvieron en sus argumentaciones el perfil garantista de los derechos de las personas con padecimiento psíquico que tenía el proyecto de ley, los discursos de los representantes de las instituciones invitadas discurrieron fundamentalmente en torno a dos artículos que ponían puja lugares, espacios y consolidaciones corporativas: el 13, referido a los cargos de conducción y gestión de los equipos, y el 16, que precisa el perfil de los profesionales con capacidad para disponer una internación. En otro plano, la definición del concepto padecimiento mental, en el artículo 1° del proyecto de ley, también creó intersticios de disputa y diferencias entre los disertantes.

12. Al ser sancionada la ley en la HCSN, el texto enviado por la HCDN no debe tener cambios, si es modificado debe volver a ser considerado por la Cámara Baja.

13. "Entre aquellos a quienes podemos considerar como los fundadores de la psiquiatría, la operación médica que llevan a cabo cuando curan no tiene, en su morfología, en su disposición general, virtualmente nada que ver con lo que entonces está en proceso de convertirse en la experiencia, la observación, las actividades diagnósticas y el proceso terapéutico de la medicina. En ese nivel y en ese momento, este acontecimiento, esta escena, este procedimiento son absolutamente irreducibles a lo que ocurre en la misma época en la medicina. Será esta heterogeneidad, por lo tanto, la que marcará la historia de la psiquiatría en el momento mismo en que se funda dentro de un sistema de instituciones que, sin embargo, lo asocia a la medicina [...]. La organización del espacio asilar y el desencadenamiento y desarrollo de estas escenas sólo son posibles, aceptados e institucionalizados en el interior de establecimientos que reciben en la época el status médico, y de parte de gente que tiene una calificación médica" (Foucault, 2007: 28-29).

Lo desarrollado hasta aquí se puso de manifiesto al analizar la relación de poder en las diferentes intervenciones. Podemos decir, en esta instancia, que las prácticas psiquiátricas no son sólo de la psiquiatría como disciplina, sino que son productoras de una serie de enunciados legítimos que representan tácticas puestas en acción, que constituyen en su interior verdaderas relaciones de poder y enfrentamientos que se despliegan en la práctica cotidiana.

Lo dicho y lo no dicho. El desenmascaramiento de una puja entre corporaciones profesionales. Un aspecto a destacar es que si bien el proyecto de ley mencionaba a varias disciplinas como constitutivas del campo de la salud mental, solo fueron invitados al debate asociaciones médicas y de psicología, y no de las otras disciplinas que componen este espacio¹⁴.

Además, las argumentaciones de los representantes de aquellas dos disciplinas se centraron en un debate corporativo que se puso de manifiesto en esta instancia. A esto se refirió quien habló por la Federación de Psicólogos de la República Argentina: “los psicólogos no queremos en estas circunstancias tener una posición corporativa, queremos correr de la idea de lo que está en juego es un debate de poder entre psicólogos y médicos” (HCSN, 2009c). Y quien lo hizo por la Asociación de Psiquiatras Argentinos puso el acento en que consideraba “antidemocrático y discriminatorio” (HCSN, 2009c) que la institución no hubiera sido invitada a participar del debate en la HCDN. El tema corporativo también estuvo presente en la disertación del representante de la COMRA:

Yo no tengo ningún problema de que un psicólogo o un asistente social sea director de un hospital psiquiátrico, si además es administrador de empresas, si sabe presupuesto, si sabe de gremios y si sabe de legislación laboral; pero si no sabe... Es decir, estas cosas hay que decir las claramente (HCSN, 2009c).

Y se repitió en el discurso del enviado de la Asociación Argentina de Psiquiatras Infanto Juvenil y Profesionales Afines:

Creo que es muy importante que quien tiene la máxima responsabilidad sea quien tenga también ciertos roles de decisión porque es responsable legal, digamos, de más alto rango, ya que si hay algún problema en un hospital, ustedes saben, es el médico el que tiene que responder legalmente. Entonces la discusión con el equipo de salud siempre tiene legalmente un responsable, que es el médico (HCSN, 2009c).

La respuesta a esto, desde la representación legislativa, se puede resumir en un párrafo de la exposición del senador Lores:

Me pregunto el por qué de tanto problema con la conducción de los servicios, si hay hospitales que son dirigidos por contadores, enfermeros, odontólogos, etcétera. Hay ministros de salud que no han tenido ningún título universitario: gremialistas, gente que ha tenido responsabilidad política. En ningún lado dice que el ministro tiene que ser médico, enfermero o un integrante del equipo de salud (HCSN, 2009d).

En relación a las últimas exposiciones, hay que recordar que inclusive a finales del siglo XIX se mantenía la primacía del médico como director del asilo. Como ejemplo, vale retomar un párrafo de la tesis doctoral de Norberto Maglioni, presentada en la UBA en 1879, en la cual expresaba que “el asilo debe tener en su frente un médico director”. Y dando como ejemplo el caso del médico español Juan Gené i Partagás, director del Manicomio de Nueva Belén, agrega: “debe ser el alma del asilo. Todo gira en torno de él”. El texto del proyecto de ley ponía en disputa este poder de la dirección. Sin embargo, en las expresiones de los disertantes no se cuestionaba el rol ni las

14. El Colegio de Terapeutas Ocupacionales solicitó intervenir porque estaba mal enunciado el objeto de su trabajo.

acciones, sino que cada uno pujaba porque su representación se incorporara a esa figura.

La internación como otro ámbito de poder.

Un aspecto que se observó como central en los discursos fue el de las incumbencias profesionales descriptas en el artículo 16, en el punto referido a qué profesionales estarían habilitados para decidir la internación de un usuario de los servicios de salud con padecimiento psíquico. Como ya se expresó, este es un punto importante, ya que habla del corazón mismo de una práctica de poder disciplinario que se daba en el interior de las instituciones. Los representantes de las organizaciones profesionales pusieron de manifiesto las distintas posturas. El enviado de Federación de Psicólogos de la República Argentina manifestó que "el 31 de octubre se promulgó la resolución 343 del Ministerio de Educación, en la cual se mencionan los alcances y limitaciones del título de licenciado en psicología. El tema de la internación está incluido entre nuestras incumbencias de pleno derecho" (HCSN, 2009c).

El representante de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, en cambio, postuló:

Creemos que la internación de un paciente, tanto clínico como psiquiátrico, tiene que ser una herramienta, primero del médico y especialmente del psiquiatra, como hasta ahora y como está en el Código Civil. El que interna y es responsable es el médico psiquiatra. Hay un problema legal, el de la mala praxis, por el cual los médicos son los únicos que pueden internar, y aparte está en sus incumbencias. Para seguir psicología y querer ser psiquiatra, primero hay que ser médico. Quiero decir que la carrera de psicología debería exigir primero ser médico y después ser psicólogo. De esa manera podrían medicar y hasta internar (HCSN, 2009c).

El pensamiento académico llegó a través del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA:

Toda internación es un acto médico que es la única profesión universitaria que tie-

ne una formación como para dilucidar ese problema clínico. Eso no quiere decir que no trabaje en equipo interdisciplinario, pero si es el lugar de la opinión médica. Por esta razón es que la comunidad ha cargado sistemáticamente al médico de la responsabilidad jurídica de la internación (HCSN, 2009c).

En el análisis de estos discursos se observó una exacerbación de la necesidad de contar con un poder expreso, dado por las incumbencias, sobre la autoridad de internar a una persona con padecimientos psíquicos. Se intentaba poner de relieve la violencia que el poder médico ejerce en las instituciones (Foucault, 2007), que la puja por la participación se fundaba en la posibilidad de limitarlo. Esto, sin cuestionar la esencia de la práctica disciplinar, sino reduciendo el problema a los actores depositarios de esas prácticas.

Las escenas desarrolladas hasta aquí pueden analizarse como la transformación de cierta relación de poder. Como capas arqueológicas de la memoria que conforman modos de ver y hablar sobre el mundo, como una organización social de los sentidos que va más allá de los objetivos explícitos de las corporaciones profesionales, donde no se observa una real mirada sobre el sujeto con sufrimiento psíquico, sino una centralidad disciplinar que reubica en el centro del debate a la medicina y sus prácticas. En este sentido, es interesante la mirada de Foucault en relación a los procesos de transformación institucional acaecidos luego de la Segunda Guerra Mundial.

A mi entender, podríamos decir lo siguiente: la crítica institucional -dudo en decir antropsiquiatría- o cierta forma de crítica que se desarrolló a partir de la década del 1930-40, no se inició, al contrario, en un discurso psiquiátrico supuestamente verdadero para deducir de él la necesidad de una institución y un poder médico, sino en la existencia de la institución, en su funcionamiento, en su crítica, para poner de relieve, por un lado la violencia del poder médico que se ejercía en ella, y por otro, los efectos de desconocimiento que perturba-

ban desde el comienzo la verdad supuesta de ese discurso médico. Por lo tanto, si se prefiere, en esa forma de análisis se partía de la institución para denunciar el poder y analizar los efectos del desconocimiento. Por mi parte querría tratar en cambio, de poner en primer plano el problema mismo del poder (Foucault, 2007: 57-59).

Es en este mismo sentido que el análisis de los discursos en torno al proyecto de ley de salud mental en el HCSN deja al descubierto la necesidad de profundizar en primer plano el problema del poder como una relación de fuerzas entre los diferentes actores.

La disputa en torno al concepto de padecimiento psíquico. En el debate epistemológico en torno a la definición del objeto de intervención, se observó un anclaje diferente sobre el concepto que la ley enuncia como padecimiento psíquico. Esto trajo al escenario los desacuerdos sobre los diagnósticos y los procesos terapéuticos. Las organizaciones psiquiátricas plantearon el debate entre lo enunciado por la ley y las definiciones de enfermedad o trastorno mental. En este punto la identidad médica dejó su impronta, según la cual no es posible pensar la intervención en el campo de la salud mental por fuera de la noción históricamente construida de enfermedad y de trastorno. El representante de la Asociación de Psiquiatras Argentinos dijo:

También hay que tener en cuenta que la enfermedad mental existe, porque no se trata de medicalizar el sufrimiento psíquico, ya que todos los tenemos. Por un desengaño amoroso quién no ha tenido una noche de insomnio, y eso no es medicalizable, pero la enfermedad mental existe y requiere, por lo tanto, de las mejores condiciones para que pueda garantizarse la reinserción social del paciente psicótico (HCSN, 2009a).

En esta disputa se observó una construcción ahistórica y asocial de la expresión enfermedad mental, y de la incidencia que tienen los procesos socioeconómicos, laborales y de la cultura do-

minante en la conformación de nuevas formas de malestares (Galende, 2008). Esta disociación entre enfermedad, cultura, historia y procesos sociales quedó expresada por un actor del campo psiquiátrico, del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA.

El primer punto es respecto del objeto y definición de la ley. Algo se comentó recién, pero yo quiero abundar en eso. En algunos casos, en los proyectos se habla de padecimientos o sufrimiento mental. Se comentó recién, pero quiero precisar esto: el significado inespecífico de ese término, no desde el punto de vista de qué utilización pueden hacer a posteriori los jueces, sino estrictamente sanitario. Una persona que vive en condiciones precarias –pobreza, desocupación– puede, sin ningún lugar a duda, tener sufrimiento o padecimientos mentales. Plantear las cosas en estos términos arriesga terapeutizar el sufrimiento social. Deja inespecífico el problema que reviste lo que la OMS ubica como conductas humanas en la clasificación internacional de enfermedades, actualmente en su versión 10 y en estudio en su versión 11. La ley debe precisar esto en su objeto. Es imprescindible que lo haga, porque de lo contrario, podemos deslizarnos a una “patologización” del conflicto social y esto puede tener gravísimas consecuencias. Los médicos no queremos hacernos cargo de ese problema como médicos; queremos hacerlo como ciudadanos. Como médicos queremos hacernos cargo de los enfermos que nos consultan y de los problemas sanitarios (HCSN, 2009a).

Como se desprende de las nociones aquí desplegadas, quienes se oponían a la noción de padecimiento psíquico plantearon la necesidad de definir al objeto de la ley como enfermedad o trastorno. En este punto, la discrepancia entre los psiquiatras y el resto de las organizaciones representadas en el debate produjo una fractura que no fue posible subsanar. El límite expuesto por la psiquiatría en el concepto de enfermedad o trastorno, lejos de ser una noción que ha resguardado a los

sujetos de la medicalización y la medicamentación, ha expuesto a estos procesos en un complejo camino de doble vía.

Para finalizar

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 se sancionó con mayoría absoluta parlamentaria. A pesar de lo cual los discursos aquí expuestos mostraron un campo de conflicto sobre los cuales más tarde tendrán que desarrollarse los procesos de transformación institucional. En los debates parlamentarios se observó que la construcción de una ley nacional de salud mental con vistas a garantizar los derechos humanos de quienes padecen sufrimiento psíquico, merece discusiones y debates en torno al poder disciplinar, a las lógicas de encierro y a los procesos que consolidan espacios desinstitucionalizadores. Estos aspectos, sin

duda, serán los que habrá que ir discutiendo si realmente estamos comprometidos con una sociedad sin encierro manicomial.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 constituye un instrumento trascendente en la construcción de una institucionalidad centrada en la garantía de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental y en la organización de las prácticas y saberes mancomunándolos en la interdisciplina y la intersectorialidad. Es decir que es un instrumento necesario y fundamental para que las experiencias desinstitucionalizadoras puedan consolidarse a nivel nacional. Aún resta un largo camino para que este instrumento sea verdaderamente aplicado; sin embargo, la posibilidad de contar con él dimensiona los objetivos de una transformación en torno a los niveles, políticos, sociales e institucionales.

Bibliografía

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio*. Salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topia.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault*. Buenos Aires: Prometeo.
- CELS-MDRI (2008). *Vidas arrasadas*. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de la Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Faraone S. (2005). *Desinsitucionalización: un modelo alternativo para el abordaje en salud mental o una política de reducción administrativa*. Tesis de maestría en Salud Pública, UBA.
- Faraone, S. y otros (2011). *Accesibilidad y derechos humanos en salud mental*. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego, Informe de investigación, Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia.
- Foucault, M. (2008). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica.
- Galende, E. (2007). *Derechos humanos y salud mental: la cuestión ética*, en *Subjetivación clínica insurgencias*, pp. 105-116. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Galli, V. (2011). *Problemática de la salud mental en Argentina, en Voces en el Fénix*. Disponible en: www.vocesenfenix.com [consulta, setiembre de 2012].
- Kraut, A. y N. Diana (2011). *Derecho de las personas con discapacidad mental: Hacia una legislación protectora*, en *Panorámicas de salud mental*. Buenos Aires: Ministerio Público Tutelar-Eudeba.
- Murillo, S. (1997). *El discurso de Foucault*. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno. Buenos Aires: CBC.
- Rosendo, E. (2011) *Desafíos en la implementación de la Ley Derecho a la Protección de la salud Mental (Ley N° 26.657)*, en A. Kirnblit, A. Camarotti y G. Wald (ed.), IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población. IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Versiones taquigráficas

- HCDN (2007a). Versión taquigráfica del encuentro realizado en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación el 20 de marzo.
- HCDN (2007b). Versión taquigráfica del encuentro realizado en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación el 17 de abril.
- HCDN (2008). Versión taquigráfica del encuentro realizado en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación el 9 de diciembre.
- HCSN (2009a). Versión taquigráfica del encuentro realizado en la Honorable Cámara de Senadores de la Nación el 19 de octubre.
- HCSN (2009b). Versión taquigráfica del encuentro realizado en la Honorable Cámara de Senadores de la Nación el 11 de noviembre.
- HCSN (2009c). Versión taquigráfica del encuentro realizado en la Honorable Cámara de Senadores de la Nación el 24 de noviembre.
- HCSN (2009d). Versión taquigráfica del encuentro realizado en la Honorable Cámara de Senadores de la Nación el 1° de diciembre.

