

**Facultad de  
Psicología**



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA**

**Trabajo Integrador Final - Lic. en Psicología**

**La concepción de sujeto en el campo de la Salud  
Mental en Argentina  
Un abordaje historiográfico (1854-2015)**

Autora: Luciana Spadini

Director: Nicolás Campodónico

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Psicología

Julio de 2021

## Resumen

Las diferentes nociones de sujeto que subyacen en el ámbito de la Salud Mental se encuentran determinadas por construcciones históricas e imaginarios sociales acerca del sujeto que demanda atención. Partimos, en principio, de poder caracterizar la configuración del campo de la Salud Mental como un proceso que fue gestado a partir del modelo asilar-manicomial hasta llegar a las importantes políticas de Salud Mental que se desarrollan actualmente en nuestro país (Arriagada, Ceriani & Monópoli, 2013). El objetivo del presente trabajo será dar cuenta -desde un enfoque cualitativo de investigación basado en la exégesis bibliográfica- del modo en que la concepción de sujeto, en relación a sus vicisitudes y condicionamientos subyacentes a cada momento histórico que ha atravesado en las políticas públicas argentinas, ha ido variando hasta llegar a cristalizarse en la concepción de sujeto de derecho. En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 supone un antes y un después en la manera de abordar al sujeto. Considera a toda persona con padecimiento mental como sujeto de derecho y destaca que ninguna enfermedad, trastorno, padecimiento o condición, anula la condición de persona ni debe sustituirla. Sin embargo, a once años de la sanción de la Ley, consideramos que en materia de Salud Mental hay cuestiones no han sido completamente saldadas. Si bien las políticas públicas expresan un amplio consenso en la comunidad científica respecto de dar una respuesta integral a las problemáticas ligadas al padecimiento mental, las concepciones y prácticas del modelo asilar continúan ejerciendo poder en el discurso social y en las prácticas en salud, principalmente a través de la orientación médica hegemónica y el sector judicial. Es por ello que se vuelve fundamental que los avances en el campo de la Salud Mental se conviertan en el anclaje que nos permita lograr la necesaria profundización y materialización de las políticas públicas, sin dejar de destacar que el Estado debe cumplir un papel activo como sujeto protectorio de los Derechos Humanos de todas las personas.

## Índice

INTRODUCCIÓN.....	4
DELIMITACIÓN DEL TEMA.....	6
RELEVANCIA DEL TEMA.....	7
ANTECEDENTES.....	8
El modelo asilar-manicomial en Argentina (I).....	8
El modelo asilar-manicomial en Argentina (II).....	10
El paradigma de los Derechos Humanos en Argentina.....	12
El paradigma de la peligrosidad en Argentina.....	15
MARCO TEÓRICO.....	17
El sujeto en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.....	17
El sujeto en el Código Civil y Comercial de la Nación.....	20
El sujeto en el Código Procesal Penal.....	23
OBJETIVOS.....	26
METODOLOGÍA.....	26
DISCUSIÓN.....	26
REFERENCIAS.....	29

## Introducción

Las diferentes nociones de sujeto que subyacen en el ámbito de la Salud Mental se encuentran determinadas por construcciones históricas e imaginarios sociales acerca del sujeto. Las preguntas que orientan nuestro trabajo son, en términos generales: ¿qué es y quién es el *sujeto*?

Etimológicamente, la palabra sujeto deriva del latín *subiectum*, que es un compuesto de *sub*, y *iacio*, que significa “poner debajo”. Indica aquello que estaría puesto debajo y sirve de base de algo. Perrotta (2008) sitúa que el *subiectum* entendido como algo del orden de lo “subjetivo” es un sentido adquirido en la modernidad, tal como lo ha definido Descartes: el ente en tanto ente, el sujeto que es ser en sí y que no depende de otros para existir. Desde esta perspectiva, las cosas solo existen como pensamiento de este sujeto, como objetos o representaciones. Es gracias a los aportes de Heidegger en el campo de la filosofía que se produce un descentramiento del yo-sujeto de la modernidad, entendiendo que el sujeto es un ser en el mundo, no es sin el mundo, pero el mundo tampoco es sin él.

La particularidad que adquiere el sujeto en el campo de la Salud Mental es que es un sujeto que demanda atención, y desde el paradigma con el que se trabaje dependerá si es posible de ser reconocido en su singularidad –en su padecimiento singular-, o si por el contrario, es considerado no un sujeto sino un objeto de la práctica médica.

En nuestro país, en lo formal, el marco teórico dominante en Salud Mental es el paradigma del Jus-humanismo, que entra en vigencia a partir de la reforma de la Constitución Nacional de 1994 e incorpora la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). La misma es entendida como el mayor grado de consenso alcanzado nunca antes acerca de una concepción del ser humano, y es en ella donde emerge la concepción de sujeto que regula nuestras normativas vigentes, a saber: que todos los sujetos son sujetos de derecho. En este sentido, el eje de las políticas públicas apunta a la adecuación normativa del derecho interno con el derecho internacional de los derechos humanos, así como a la revisión de prácticas profesionales y reformas institucionales para consolidar una política pública de derechos humanos.

En las antípodas de este modelo, ubicamos el paradigma Jus-positivista, de raigambre positivista y asociado al discurso jurídico. Cabe destacar que los marcos legales que operan en nuestro país, históricamente, contemplan las realidades de los sectores poderosos y rara vez las de aquellos sectores más postergados. Es por ello que partimos, en principio, de poder caracterizar la configuración del campo de la Salud Mental como un proceso que fue gestado a partir del modelo asilar-manicomial hasta llegar a las importantes políticas de salud mental que se desarrollan actualmente en nuestro país (Arriagada, Ceriani & Monópoli, 2013).

Las tensiones entre las lógicas manicomiales y judicializantes y las lógicas de derechos, emergen en las prácticas y políticas públicas en Salud Mental. Estas últimas tienen el objetivo de favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, y el eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de afección que padezca. En lo que concierne al impulso de políticas públicas, fue en el año 2005 cuando Argentina dio el primer paso en esta dirección, propiciando la creación de la mesa de federal de Salud Mental.

Entre las herramientas jurídicas con las que se han contado para impulsar políticas públicas en materia de Salud Mental con un enfoque de derechos humanos, actualmente se encuentran la Constitución Nacional, instrumentos internacionales de derechos humanos y leyes nacionales o locales con perspectiva de derechos humanos. La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 - sancionada en el año 2010 y promulgada en el año 2013- regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental. Se trata de una legislación innovadora en materia de política en Salud Mental y supone un viraje en la manera de abordar al sujeto, al destacar que toda persona con padecimiento mental es, ante todo, un habitante del territorio argentino, y por lo tanto, un sujeto de derecho. Siguiendo a Gorbacz (2012), la Ley sostiene una concepción de sujeto en la que ninguna enfermedad, trastorno, padecimiento o condición, anula la condición de persona ni debe sustituirla (Hermosilla & Cataldo, 2012).

El cambio de paradigma en Salud Mental –y su extensión a la sociedad civil-, se cristaliza a partir de este momento al correr el centro de la cuestión de la presunción de los sujetos que demandan atención en Salud Mental como

enfermos, incapaces y/o peligrosos para posibilitar la emergencia de sujetos de derecho, posibilitando el pasaje de un modelo centrado a la exclusión a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad al abordaje mediante un proceso de integración social.

Por lo expuesto, el objetivo del presente trabajo será dar cuenta del modo en que la concepción de sujeto, en relación a sus vicisitudes y condicionamientos subyacentes a cada momento histórico que ha atravesado en las políticas públicas argentinas, ha ido variando hasta llegar a cristalizarse en la concepción de sujeto de derecho. Entendemos que se vuelve fundamental explorar cómo se han ido gestando y rescatar la importancia de las conceptualizaciones que se encuentran detrás de las leyes y que implican lineamientos hacia las políticas públicas, develando que el modo en que concibe a los sujetos en Salud Mental tiene consecuencias en las soluciones diseñadas.

### **Delimitación del tema**

El presente trabajo se propone realizar un abordaje historiográfico de la concepción de sujeto en la Argentina durante el período que comprende los años 1854 a 2015. Este período histórico se corresponde, por un lado, con la creación del Hospital Moyano (primer hospital monovalente argentino e inscripto en el movimiento alienista de nuestro país) en el año 1854, y, por otro lado, con la modificación del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina efectuada en el año 2015 a partir de los lineamientos de la Ley 26.657, que se encuentra situada en el marco de los Derechos Humanos.

Tomaremos como eje la noción de sujeto, en estrecha articulación con los avatares y condicionamientos socio-históricos que ha atravesado dicha noción, entendiendo que situarnos en el paradigma Jus-humanista y desde una perspectiva de Derechos Humanos, implica reconocer a los sujetos, en primera instancia, como sujetos socio-bio-psicológicamente determinados, es decir, constituidos como tales en relación con los otros. Esta concepción implica dos cosas: por un lado, concebimos a un sujeto habitante de un territorio, atravesado por diversas configuraciones organizacionales del Estado y marcos legales que operan de diversas maneras; y por otro lado, concebimos a un sujeto de derecho,

que más allá del momento y situación en que se encuentre, cuando es convocado por la intervención de los y las profesionales de la salud y los organismos de la salud, es activo en el aporte de su saber (Oñativia, 2008).

El debate teórico, técnico, práctico y normativo en el campo de la Salud Mental que conlleva la noción de sujeto, exige ubicar las coordenadas de los diferentes contextos históricos en que se inscribe la actual problemática planteada. En este sentido, la Ley de Salud Mental supone un viraje en la manera en que, históricamente, se abordaba el padecimiento mental y la concepción de sujeto que subyacía al mismo. Vislumbrar este condicionamiento socio-histórico sobre el estatuto de la noción de sujeto es el principal objetivo de este trabajo. En función a lo anteriormente presentado, consideramos importante la relación que se conserva con las políticas públicas argentinas y sus consecuentes implicancias en el campo de la Salud en general, y de la Salud Mental en particular.

Por lo expuesto, el área temática en la cual se inscribe el presente tema es la de Psicología Forense, que aborda el conocimiento de los hechos determinantes en la construcción de la subjetividad de las personas, sin dejar de tener en cuenta la relación vincular que regula la convivencia en una sociedad y teniendo como máxima referencia el marco doctrinario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asimismo, con el propósito de alcanzar una mirada integral del tema propuesto, el presente trabajo toma los aportes de otras temáticas, tales como la historia crítica y los paradigmas en Salud Mental.

### **Relevancia del tema**

La relevancia del tema propuesto radica en que, con la sanción de la Ley de Salud Mental en 2010, se efectiviza un cambio de paradigma en el campo de la salud mental en nuestro país, y consecuentemente en la concepción de sujeto que subyace a las políticas públicas nacionales, tal como se venía plasmando en las últimas décadas en los abordajes ligados a la perspectiva comunitaria en salud y a la Atención Primaria de la Salud. Esta perspectiva promueve el respeto de los derechos fundamentales de las personas y sostiene la permanencia del sujeto con padecimiento mental en su medio comunitario, propiciando de esta manera modelos alternativos de atención centrados en la comunidad y dentro de

las redes sociales del sujeto. Es así que, en nuestro análisis y como eje transversal de todo el trabajo, subrayamos la transición desde el modelo tutelar al modelo de derechos humanos.

### **Antecedentes**

En el trabajo, tomaremos como referencia trabajos anteriores (Campodónico, 2018; Talak, 2005; Hermsilla & Cataldo, 2012) donde resulta importante explorar el recorrido desde el paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos en Argentina y analizar la importancia de la Ley de Salud Mental en cuanto a la noción de sujeto. Sin embargo, proponemos líneas de abordaje que no han sido profundizadas, teniendo como objetivo el análisis de la concepción de sujeto que proponen las políticas públicas argentinas y sus vicisitudes en relación a los condicionamientos socio-históricos.

Para ello planteamos como año de comienzo a 1854, correspondiente a la creación del primer asilo en Argentina, atendiendo a la recepción que nuestro país hace del movimiento psiquiátrico francés. Luego exploraremos el Movimiento de la Higiene Mental, en estrecha relación con la teoría de la degeneración y la emergencia de la categoría de sujeto como “sujeto peligroso”. Finalmente, abordaremos el estatuto del sujeto en el desarrollo de las políticas públicas en materia de Salud Mental, las condiciones de posibilidad para la sanción de la Ley de Salud Mental, y el impacto que tuvo la misma en el derecho argentino al modificar el Código Civil y Comercial de la Nación en el año 2015, consolidando la concepción de los sujetos como sujetos de derecho.

### **El modelo asilar-manicomial en Argentina (I)**

El surgimiento del asilo se encuentra en estrecha relación con el nacimiento político de la psiquiatría a partir de la Revolución Francesa, ya que previamente, los “locos”, junto a los criminales y los marginales, se encontraban bajo el paradigma de la peligrosidad, identificados como sujetos peligrosos que podían atentar contra el orden social y material del Estado. Sabemos que la locura y la figura del loco han sido considerados a lo largo de la historia de diferentes



maneras, y en este sentido, también han sido abordados desde donde se ha posicionado quienes afronten dicho tópico.

Es en el siglo XVIII que se produce la fundación del campo de la psicopatología como resultado de importantes cambios históricos, sociales y políticos. Un cambio específico que se produce en esta época es aquel que recae sobre la concepción de sujeto, que viene de la mano con una nueva concepción de la locura y en donde el sujeto que padece adquiere el estatuto de enfermo como alienado mental, separando así al “loco” del criminal, en oposición a lo que planteaba el discurso jurídico.

Con el nacimiento de los Estados Modernos y en ciudades pensadas para el deambular de los libres ciudadanos en espacios públicos, en una sociedad en la que se suponía que los sujetos regidos por la razón realizaban las elecciones necesarias para posicionarse de manera libre e individual (Campodónico, 2018), se volvió necesario definir un espacio material para alojar la locura –al que luego también se le añadiría un espacio simbólico- y tutelar a los sujetos que no podían ejercitar su libertad por encontrarse alienados. Al ser el Estado el garante de los contratos sociales, debía también definir qué espacio iban a ocupar aquellos sujetos que resultaban “disruptivos” –ya no “peligrosos” estrictamente- para la sociedad. Es en este contexto que nacen las instituciones asilares, re-simbolizando lo que antes eran espacios de reclusión como espacios de curación.

En el marco de estos ideales revolucionarios para su época, los iniciadores de la psiquiatría, Philippe Pinel y su discípulo Jean Étienne-Dominique Esquirol inauguran lo que se conoce como la primera reacción humanitaria frente a los sujetos llamados dementes. Pinel, aterrorizado por la situación en la que vivían los sujetos padecientes y, al mismo tiempo, lleno de ideas triunfantes y democráticas, inicia en 1793 el movimiento liberador a partir de una consideración médica que va a privilegiar la dimensión terapéutica y al mismo tiempo ofrecerá un espacio en una institución específica organizada –el asilo- a partir de la terapéutica mediante el *tratamiento moral*. Cabe aclarar que, desde esta perspectiva, se entiende a lo moral en sentido psicológico.

Entra en escena la figura de la alienación, entendiendo que los sujetos se encuentran alineados al estar afectados por una dolencia, y por lo tanto, no

deben ser encerrados y condenados por la justicia, sino tratados como personas enfermas.

En nuestro país, a modo de recepción de la tradición francesa, el Gobierno Nacional crea en el año 1854 el Hospital Nacional de Alienadas (también llamado Hospital de la Convalecencia, hoy Braulio Moyano) en la ciudad de Buenos Aires, a pedido de la Sociedad de Beneficencia.

Parés (2007) sitúa que, tanto durante el virreinato como en el comienzo de la nueva república, el enfermo mental o alienado era una figura desdichada que quedaba excluida de la sociedad. Si integraba altos círculos sociales y poseía un importante nivel económico, era apartado de la familia y recluido en estructuras eclesiásticas (conventos para las mujeres y monasterios para los hombres), o bien, en los casos aún más adinerados, se optaba por la asistencia domiciliaria y el encierro en habitaciones apartes y especiales, alejadas de la mirada de los visitantes y de la propia familia. Los pobres, en cambio, ingresaban en los hospicios como el actual Hospital Braulio Moyano y eran sometidos a prácticas de aislamiento en celdas, golpes y contención a través de cadenas y tenazas. También la Iglesia tenía un lugar preponderante en la intervención el tratamiento de la locura, predominando en todos los casos la asistencia particular de los y las religiosos y religiosas, tanto en las viviendas particulares, como se ha mencionado, o en los hospitales.

Es en este marco que la Sociedad de Beneficencia pide que las mujeres pobres y con padecimiento mental dejen de ser llevadas a las celdas de las cárceles y sean trasladadas al Hospital de mujeres. Parés (2007) sitúa que hay varias referencias de que la medida fue acatada inmediatamente por la Policía, debido a la estrecha relación de las Damas de la Beneficencia con los organismos gubernamentales. Sin embargo, esta primera medida sólo solucionaba de manera parcial el problema. Es por eso que la Inspectora Vélez Sarsfield solicitó a la presidencia de la Sociedad de Damas la creación de un hospital monovalente para mujeres dementes, aduciendo que era inhumano dejarlas libradas a su propia suerte. Es así que la Convalecencia u Hospital Nacional de Alienadas, se convierte en la primera institución asilar del sistema de salud argentino.

## **El modelo asilar manicomial en Argentina (II)**

Durante el último tercio del siglo XIX y a principios del siglo XX, el modelo anteriormente expuesto comienza a ser cuestionado por el higienismo mental naciente. En nuestro país se organiza de manera institucional a partir de la fundación de la Liga Argentina de Higiene mental en 1929. Los líderes del higienismo se presentaban como los profesionales idóneos para enfrentar la locura, ya entendida como enfermedad, y las condiciones en las que vivían los sujetos “locos”. Talak (2005) sostiene que el higienismo mental, a nivel discursivo, era un movimiento progresista: buscaba implementar políticas públicas basadas en medidas preventivas para tratar estas cuestiones, se amparaba en un discurso sobre el progreso y la civilización. Sin embargo, en la práctica, no logró transformar los modelos de reclusión, ni modificar los principios de privación de derechos, en tanto las medidas a aplicar sobre los sujetos con padecimiento mental tenían un carácter fuertemente disciplinador. Para el higienismo mental, la sociedad era vista como un organismo y los conflictos sociales eran patologías o enfermedades infecciosas y contagiosas.

La Liga Argentina de Higiene Mental, a diferencia de lo que ocurría a nivel internacional, no planteaba el cierre ni la reforma de los manicomios, sino la adecuación de su funcionamiento para hacerlos más eficaces y selectivos, evitando la entrada en el hospicio de aquellos sujetos que podían recibir un tratamiento ambulatorio. Es decir, a partir de la idea de tratamiento precoz de la enfermedad, se promovía un cambio en las instituciones asilares que a su vez, conllevaba la desinstitutionalización de los sujetos con padecimiento mental.

Talak (2011) desarrolla una investigación exhaustiva acerca de las relaciones entre la teoría de la degeneración y el discurso de la higiene mental, en donde podemos ubicar la consolidación del paradigma que asocia la locura a la peligrosidad. La creación de la antropología criminal por parte de Cesare Lombroso se proponía identificar los estigmas físicos que diferenciaban a los delincuentes de los “hombres honestos”. Desde esta perspectiva, la conducta delictiva era una patología, invisibilizando así las cuestiones sociales, económicas y políticas que acarrea cada sujeto. En 1857 Bénédict Morel publica su “Tratado de degeneración de la especie humana”, y a la irracionalidad y peligro de la especie, se adosan las figuras del loco y la locura. En relación a las enfermedades mentales, Morel sostenía que, después de varias generaciones

de alienados, la degeneración es incurable, por ello el tratamiento moral habría fracasado.

En nuestro país, las ideas eugenésicas receptaron esta tradición y no se apoyaron sólo en tópicos como la locura o la delincuencia per se, sino en el delito natural contra la especie y el peligro de propagación de la anormalidad, noción heredera de la locura. Es así que la teoría de la degeneración fue el marco teórico que sirvió como justificación social y moral de las técnicas de identificación, clasificación e intervención sobre los anormales. El desarrollo de redes de instituciones asilares, junto con el sistema judicial, conformaron un sistema de “ayuda” para los peligrosos y de “defensa” para la sociedad (Talak, 2005). La idea de prevención con la que trabajaban los higienistas argentinos mantenía la concepción de que el ambiente favorecía u obstaculizaba el desarrollo de aquello que ya estaba en el individuo, y desde allí, emergían las medidas disciplinadoras y moralizadoras sobre la población, y en especial, sobre los sujetos con padecimiento mental.

D'Agostino (2016) sostiene que, en lo que refiere a Salud Mental, el período caracterizado como el “modelo asilar” tuvo vigencia en Argentina hasta el año 1966, teniendo como bases la relación de asistencia y sometimiento del sujeto al saber y poder del médico especialista, la enfermedad concebida como daño biológico individual -en una concepción positivista y objetivante del sujeto-, y en la a-historicidad y a-socialidad del trastorno a tratar y la identificación de la gravedad del trastorno con la irresponsabilidad y peligrosidad social, que legitimaba la internación forzada y el control.

## **El paradigma de los Derechos Humanos en Argentina**

A mediados del siglo XX, con el auge del reconocimiento de los derechos humanos y sociales como efecto de la Segunda Guerra Mundial, emerge la dificultad de la psiquiatría para responder a los problemas que se le presentaban y el cuestionamiento social hacia las instituciones asilares que el nazismo ayudó a develar, entendiendo a las relaciones de poder que se producen en los campos de concentración como similares, en algún punto, a las que se producen en las instituciones asilares (Campodónico, 2018). Es en este momento que se comienza a producir el pasaje de la psiquiatría positivista y su modelo tutelar-

asilar a las políticas de Salud Mental, y con ello, comienza a emerger la categoría de sujeto como “sujeto de derecho”.

Desde 1948, a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada por la ONU, empiezan a tener plena vigencia los derechos civiles, económicos, políticos, sociales y culturales de todas las personas. Pero es recién en el año 1994, con la reforma de la Constitución Nacional, que nuestro país los incorpora al rango constitucional.

En este sentido, las políticas de Salud Mental, que han resultado tan diversas como los contextos y Estados en los que se han desarrollado, mantuvieron sin embargo objetivos y formulaciones comunes, enriquecidas con los avances en las experiencias de sus realizaciones, y el afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la Salud Mental (Campodónico, 2018). En Argentina, podemos situar en términos generales ciertas tendencias implícitas o deseables en las propuestas de reforma en el campo de la Salud Mental:

- 1) La atención centrada en el concepto de padecimiento mental o subjetivo, y no en el de enfermedad mental
- 2) El quiebre con el supuesto de la peligrosidad asociado a la reclusión, y la modificación de las reglas jurídicas al respecto
- 3) La propuesta de formas ambulatorias o integradas a la sociedad en el tratamiento de las patologías psiquiátricas de corte tradicional
- 4) Los trabajos sobre la promoción de la salud y la producción social del padecimiento subjetivo
- 5) La incorporación de la ciudadanía y los derechos como partes esenciales de la tarea curativa y preventiva
- 6) El trabajo interdisciplinario e intersectorial (Campodónico, 2018)

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud anuncia el programa mundial de acción en Salud Mental, y en este marco, Argentina sanciona el Plan Federal de Salud 2004-2007, estructurado en función de la Atención Primaria de la Salud. El Ministerio de Salud de la Nación comienza a plantear a la Salud Mental como un área importante sobre la cual es necesario implementar acciones específicas de gobierno. Es por ello que, en función de la importancia de atender este campo, el Estado recurre a la implementación de programas y

planes enmarcados en la Atención Primaria de la Salud, para luego llegar, en el año 2010, a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Sin embargo, previamente a la sanción del Plan Federal de Salud y la Ley de Salud Mental, nuestro país ya contaba con normativas vigentes a nivel provincial. Desde el año 1991 existen en Argentina siete leyes provinciales, y una correspondiente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que apuntan a la protección de los derechos de las personas con sufrimiento mental (Hermosilla y Cataldo, 2012). Atendiendo a la organización federal de nuestro país, tanto las leyes provinciales como la correspondiente a la Ciudad de Buenos Aires, son antecedentes valiosos que servirán como base y piso mínimo de la Ley Nacional de Salud Mental.

Estas leyes coinciden en la utilización de los términos de padecimiento o sufrimiento mental, y no enfermedad, definición que se vuelve fundamental, en tanto será aquella que tomará la Ley de Salud Mental a la hora de denominar al sujeto de su campo. Por otra parte, en cuanto a la determinación de la supuesta peligrosidad de los sujetos, las legislaciones en la ciudad de Córdoba y Buenos Aires son taxativas, en tanto refieren a “riesgo cierto e inminente para sí y para terceros”, denominación que también retomará la Ley Nacional de Salud Mental como uno de sus ejes vertebradores. Además, entienden al consentimiento informado como una forma de autonomía, y de esta manera, constituyen el germen del cambio de paradigma en relación a la atención en Salud Mental, donde el sujeto usuario de los servicios es considerado, ante todo, un sujeto de derechos.

Otro antecedente importante a la Ley de Salud Mental lo constituye el hecho de que durante el período de transición democrática, se intentó generar políticas en Salud Mental que restituyan los espacios que habían sido destruidos por la dictadura cívico militar de 1976, fallando por falta de presupuesto adecuado y decisión política de llevarlas a cabo. Es así que en los años noventa, con la reafirmación de las políticas neoliberales, la salud quedó en manos del mercado, es decir, de la industria farmacológica y las empresas de medicina. Durante este período, caracterizado por la desregulación y la privatización, el sector público mantuvo un presupuesto estable en Salud Mental –pese a que la demanda era cada vez mayor- y el sector privado se ocupó de las necesidades de aquellos sectores con mayor poder adquisitivo, diferenciando la atención de acuerdo a la

capacidad de pago. Sostiene Vainer (2002) que la salud se consolidó como un mercado más, radicalizando la puja distributiva que nuestro país ya venía arrastrando. En este contexto, el sujeto ya no es considerado como tal, sino que se vuelve meramente un cliente.

Finalmente, en un contexto social y político totalmente diferente al de los años noventa, en el año 2010 el Congreso de la Nación Argentina sanciona la Ley Nacional de Salud Mental, cuyo proyecto fue elaborado por el entonces Diputado Leonardo Gorbacz. Esta ley incorpora nuevas concepciones acerca del padecimiento mental y de los sujetos que padecen, introduciendo cambios tanto a nivel conceptual como operacional, en consonancia con los principios y Derechos Humanos de la persona, compromisos asumidos internacionalmente por el Estado argentino.

### **El paradigma de la peligrosidad en Argentina**

Domínguez Lostaló (2012) sostiene que los procesos de subjetivación, que están en estrecha relación con los de vulnerabilización, tienen sus bases en el acceso o no a derechos: cuanto mayor sea el acceso a los derechos básicos de todo ser humano, mejor será la calidad de vida del sujeto, y a la inversa, a menor acceso a derechos, habrá mayor grado de vulnerabilización. Desde esta perspectiva, afirma que los sujetos no nacen peligrosos, partiendo de la base de que “nadie es peligroso si antes no fue vulnerable” (Domínguez Lostaló, 2012). La noción de vulnerabilidad se vuelve un elemento central para analizar la concepción de sujeto, y refiere al semejante en situación de ser herido o dañado por la exclusión, la marginación, el encierro o la sanción formal o informal.

En las antípodas de lo que este autor conceptualiza como la Clínica de la Vulnerabilidad, se encuentran los diagnósticos de peligrosidad. Sin embargo, propone un concepto de peligrosidad totalmente opuesto al tradicional. Coincide con Mayorca (2000) en que las situaciones de miseria crean condiciones de crianza totalmente desfavorables, entonces, los sujetos que hayan tenido mayores beneficios sociales en el cumplimiento de sus derechos -en su crianza- e incurren después, por ejemplo, en acciones delictivas, son más peligrosos que aquellos que tuvieron carencias en esta etapa y cometen transgresiones. Este punto es interesante para introducir la dimensión de la locura, ya que muchas

veces se califica la forma de subsistir de los sectores marginados como patológica, lo que da cuenta de una mirada parcializada y descontextualizada.

Urios (2016), quien trabaja sobre la categoría de peligrosidad, afirma que concepto de peligrosidad fue heredado del paradigma positivista y actualmente continúa presentando resistencias para ser dejado en desuso. En este sentido, sostiene que en la actualidad, la elección de aquello que se destaca como peligroso no es objetiva, sino que es intrínsecamente política y es utilizada con el objetivo de consolidar la organización social existente y dominante.

Por su parte, Ziffer (2006) analiza cómo en la concepción de peligrosidad predomina la perspectiva de la predicción a futuro, que lleva a tomar como decisivo para calificar a un sujeto como peligroso no lo que hace o hizo, sino lo que se sospecha que hará por el sólo hecho de presentar ciertas características individuales. Es así que asistimos a una confusión de categorías que reafirma y refuerza la figura del “loco peligroso”, especialmente cuando un sujeto con padecimiento mental entra en conflicto con la ley penal, o pertenece a un sector postergado de la sociedad.

Si bien el nuevo paradigma que introduce la Ley de Salud Mental incorpora la noción de situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, suprimiendo la categoría de peligrosidad, esta categoría se debate en las prácticas cotidianas con el modelo tutelar que propone una instancia judicial paternalista y de matriz peligrosista.

Al respecto, Ríos (2017) sitúa que la privación de la libertad en unidades penitenciarias psiquiátricas –al modo de los inicios del modelo asilar en Argentina- sigue siendo hoy la medida privilegiada, aun teniendo la Ley de Salud Mental en vigencia. Sostiene que persiste la internación permanente, la excesiva medicación, el aislamiento familiar, cultural, social, y el paradigma de la peligrosidad del sujeto con padecimiento mental bajo la órbita del ámbito judicial, a pesar de todo el andamiaje legal, jurídico y social que ha atravesado –y atraviesa- nuestro país.

Si bien la atención de los sujetos con padecimiento mental requiere el conocimiento y la puesta en práctica profesional con los instrumentos de derechos humanos como marco, Angelini (2009) se propone plantear como interrogante, yendo más allá de ello, si acaso no es necesaria una revisión de los marcos epistémicos con los que pensamos al sujeto. Es decir, si nuestras



teorías en el campo de la Salud Mental son realmente compatibles con el Jus-humanismo y la concepción de sujeto que plantea.

### **Marco teórico**

El presente trabajo se inscribe en un marco teórico historiográfico, tomando como categoría central de análisis la concepción de sujeto. Para dar cuenta del modo en que fue variando esta concepción hasta llegar, en la actualidad, al estatuto de sujeto de derecho, nos centraremos especialmente en dos categorías propuestas por la Ley de Salud Mental 26.657: la presunción de capacidad de todas las personas y el concepto de riesgo cierto e inminente para sí y para terceros.

En articulación con el derecho argentino, la primera categoría nos permite analizar la concepción de sujeto en el Código Civil y Comercial de la Nación, garante de los derechos personales, reales, obligaciones, y contratos que regulan la convivencia en sociedad. La segunda categoría nos resulta importante para analizar cómo en la concepción de sujeto con la que se trabaja en Salud Mental, si bien las legislaciones en esta materia establecen que los sujetos son sujetos de derecho, se cuele el paradigma peligrósista.

Es menester considerar que existen principios surgidos de normas internacionales de Derechos Humanos que permiten que, al leer los distintos textos legales o una misma norma con disposiciones aparentemente contradictorias, el intérprete realice una lectura, entre todas las posibles, adecuada al enfoque de derechos.

### **El sujeto en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657**

La Salud Mental es entendida como parte integral de la salud de los sujetos y se encuentra reconocida expresamente en numerosos tratados internacionales de Derechos Humanos como un derecho fundamental, entre ellos: la Declaración de Caracas (1990), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991), la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad

Mental (2001), la Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual (2004) y los Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (2005).

En cuanto a las normativas nacionales, La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) supone un viraje en la manera en que, históricamente, se abordaba el padecimiento mental y la concepción de sujeto que subyacía al mismo, “inaugurando un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que, hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental”. (Hermosilla y Cataldo, 2012, p. 134).

La LNSM es taxativa al declarar a las personas con padecimientos mentales como sujetos de derecho, y el correlato más notorio de esta última afirmación es la prohibición expresa de la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, y la adecuación de los ya existentes a sus lineamientos (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

Uno de los principales cuestionamientos que fueron realizados a la LNSM giró en torno a la utilización del término “padecimiento” en lugar de “enfermedad”. El Decreto Reglamentario de la Ley 26.657 N° 603/2013 explicita que por padecimiento mental se entiende todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas, vinculable a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimiento. En este sentido, Gorbacz (2012) refiere que, más allá de que la línea que va de la salud a la enfermedad en lo mental es continua, lo central es introducir una concepción de sujeto para señalar que ninguna enfermedad, trastorno o padecimiento, anula la condición de persona ni debe sustituirla –por ejemplo, a través del rótulo “enfermo mental”- Por otra parte, entendemos que el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, emerge en un contexto en que las sociedades intentan ser menos desiguales y más equitativas. Queda claro que las personas que han sido doblemente aisladas y discriminadas –por locos y por pobres- pueden finalmente comenzar a asumir su rol como ciudadanos, y en este sentido, consideramos que se trata de una reparación histórica para con este colectivo.

La LNSM surge también en nuestro país en el contexto de la sanción y promulgación de otras leyes de ampliación y restitución de derechos, como lo son la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y

Adolescentes 26.061; la Ley Nacional de Matrimonio Igualitario 26.618; y la Ley Nacional de Identidad de Género 26.743. Actualmente, contamos también en el campo de la Salud Mental con la Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado 26.529 y la Ley de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo 26.378.

Cabe destacar que todas estas leyes fueron acompañadas de políticas sociales en idéntica dirección. En este sentido, podemos decir que si bien se ha acusado a la Ley de Salud Mental de ser meramente declarativa –en oposición a lo que sería una ley resolutive-, nosotros entendemos que una ley, por sí sola, no resuelve todos los problemas del campo de la Salud Mental. La LNSM es el marco o piso mínimo que, sin afectar las autonomías provinciales y atendiendo a la organización federal de nuestro país, señala los límites dentro de los cuales deben desarrollarse las políticas a fin de encuadrarse en la doctrina de los Derechos Humanos básicos que Argentina se ha comprometido a respetar a nivel nacional e internacional.

Por otro lado, al suprimir la categoría de “peligrosidad” por la de “riesgo cierto e inminente para sí y para terceros”, también cambia el campo disciplinar al que se llama a interpelar, definir y resolver problemas -como saber legitimado y autorizado- en lo que se refiere a cuestiones de Salud Mental. Es así que ya no se justifica que sean los jueces quienes se ocupen de las internaciones de los sujetos con padecimiento mental a fines de garantizar la seguridad y el orden público.

Resulta interesante analizar las fuertes resistencias que ha sufrido este cambio de categoría desde el sector judicial y la medicina hegemónica porque nos muestra cómo, aunque con diferentes maneras de nombrar el mismo problema, hay sectores que continúan viendo en el “loco” un peligro para el orden social, y de allí la necesidad de la tutela jurídica de la locura. A partir de la LNSM, el poder judicial debe dar un paso al costado a la hora de tomar decisiones en el área de Salud Mental, debiendo limitarse a la protección de los derechos de las personas. En este sentido, el trabajo interdisciplinario para el abordaje de cuestiones de Salud Mental que propone la LNSM, no sólo rompe con la hegemonía psiquiátrica (Carpintero, 2011) y jurídica, sino que también nos habla de la concepción de sujeto que subyace a la ley, planteándolo en términos de

complejidad (Morín, 1995) e inabarcable desde un solo campo disciplinar. Es por ello que se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional -entre otras- y se reivindica la idoneidad para los cargos de conducción de los equipos interdisciplinarios de todos los profesionales con título de grado, entendiendo que es preciso integrar en la atención los diferentes saberes que atraviesan el campo de la Salud Mental (Ley de Salud Mental, 2010).

Además, es dable mencionar que la LNSM impone una responsabilidad de índole colectiva que implica una participación activa de todos los involucrados en la temática, es decir, no sólo el sector de salud sino también áreas relacionadas con la vivienda, educación, empleo digno y accesibilidad. En esta línea, el espíritu de la ley da cuenta de que para garantizar el derecho a la Salud Mental de los sujetos y teniendo en cuenta el principio de interdependencia que rige en materia de derechos humanos –que establece que todos los derechos humanos, sean civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, etc. son derechos dependientes entre sí y se encuentran relacionados-, deberán garantizarse otros derechos que trascienden lo que atiene específicamente al derecho a la salud.

### **El sujeto en el Código Civil y Comercial de la Nación**

En el marco del derecho argentino, es preciso destacar en el fuero civil que la regulación sobre la capacidad de las personas que establece el Código Civil y Comercial (CCyC) en su última modificación –posterior a la Ley de Salud Mental- se funda en el principio general del reconocimiento de la capacidad.

En el antiguo Código Civil de Vélez Sarsfield (1869/1871) una persona con una afección mental podía fácilmente caer en la categoría de incapacidad absoluta sin que se atiende a sus condiciones particulares, perdiendo la disponibilidad de todos sus actos civiles. Se trataba del modelo tutelar de incapacitación, por medio del cual se sustituía a la persona con discapacidad en la toma de decisiones por la persona/figura del tutor. Este Código distinguía exclusivamente entre personas capaces e incapaces absolutos o dementes, personas sujetas a curatela para todos los actos de la vida civil. Lo mismo regía para quienes padecían de cualquier tipo de afección mental.

Esto da cuenta de que los distintos abordajes en Salud Mental, históricamente, tuvieron su correlato jurídico en la institución de la capacidad. La capacidad, en términos generales, era considerada como la aptitud de la persona para ser titular de derechos, adquirir obligaciones y ejercerlos por sí misma, como si fuese un “atributo”. Se hablaba de capacidad de hecho y de capacidad de derecho, es decir, una persona podía o no ser titular de derechos y ejercerlos.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006) que recepta nuestro país es el antecedente directo que permite un cambio de paradigma basado en el modelo social o de derechos humanos, con abandono del enfoque médico de la discapacidad. Es así que en el año 2008 se sanciona y promulga la Ley 26.378 de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. La misma reconoce que la discapacidad es un concepto en permanente evolución, y resulta fundamentalmente de la interacción entre los sujetos con algún tipo de discapacidad y las barreras que opone el entorno, que obstaculizan su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con los demás. Asimismo, reconoce la importancia que tiene para los sujetos con discapacidad el ejercicio de la autonomía, la independencia y la libertad de tomar sus propias decisiones, y propone la noción de “ajustes razonables” para llevar a cabo las modificaciones y adaptaciones necesarias para garantizar a los sujetos con discapacidad el goce y ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (Ley de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, 2008).

Como corolario de esta última normativa, y en articulación con los lineamientos expuestos por la Ley 26.657, asistimos en el año 2015 a la reforma del CCyC en lo que refiere a la temática en cuestión. La nueva redacción del Código Civil mantiene la clasificación en capacidad de hecho y capacidad de derecho, pero establece que esta última solo puede limitarse de forma parcial, reconociendo que toda persona es sujeto de derecho. Es decir, todos tenemos derechos, pero según la edad o la capacidad estos disminuyen o aumentan.

El paradigma tutelar y asistencialista veía a la persona desde arriba, como un objeto pasivo a ser tutelado y no como un sujeto pleno de derecho o una persona con voz propia, estatuto que finalmente se cristaliza en el derecho argentino

como resultado de la aplicación de la Ley de Salud Mental. El nuevo Código Civil asumirá de forma expresa que el principio es la capacidad del sujeto, condición afirmativa de la cual partimos y establecida en los arts. 3 y 5 de la Ley de Salud Mental como presunción de la capacidad de la persona, independientemente de su condición de salud, antecedentes de tratamiento hospitalario, conflictos familiares y/o sociales o inadecuación cultural. Entendemos que establecer como principio que todas las personas son capaces, implica considerar que las personas son sujetos de derecho antes que objeto de la práctica médica y/o jurídica.

Según lo establecido en el art. 31 del CCyC, y tal como hemos mencionado, la norma es considerar que toda persona es capaz, y la excepcionalidad son las restricciones a la capacidad y exigen la individualización de cada caso. Esta es una cuestión jurídica que no sólo supone un enfoque legal sino que está fundada en un análisis interdisciplinario. A partir de la modificación del CCyC, desaparecen los “incapaces” y “dementes” o “incapaces absolutos” como categorías legales. La “incapacidad” pasa a ser reconocida como una categoría discriminatoria, persecutoria e injusta, y hablar de “capacidad jurídica” se vuelve un auténtico y concreto derecho humano (Fernández, 2015).

El nuevo código también presenta una comprensión más amplia e interdisciplinaria de las personas al destacar la necesidad de la inclusión de un equipo interdisciplinario que emita un dictamen para realizar una sentencia de discapacidad y su actualización frecuente. Es decir, la capacidad podrá ser limitada pero sólo durante tres años, y puede pedirse su revisión en cualquier momento si lo solicita el interesado; y lo más importante, las restricciones debieran admitirse sólo en razón de la protección de la persona, pero no en un sentido tutelar, sino promotor y respetuoso de sus derechos humanos.

Es así que las personas con padecimiento mental considerado grave, podrían encontrar alguna reducción en sus actos jurídicos disponibles, pero nunca se los incapacitará completamente, encontrando de este modo más derechos y posibilidades a su disposición.

Por su parte, los requisitos de re-evaluación e interdisciplinaria representarían una mejora en la calidad de vida de las personas, ya que evitan el etiquetamiento y la perpetuidad de alguien en un diagnóstico, y su consecuente institucionalización. Esto es importante porque, cuando se pone en

juego la capacidad de una persona, se dispone sobre derechos sustanciales a la condición humana, como lo son la dignidad, la autonomía y la libertad. De allí que la reglamentación que haga el Código Civil y Comercial sobre esta materia implique pautar -y eventualmente, restringir- un derecho humano reconocido.

Entendemos que hablar de capacidad es hoy una cuestión de orden público que excede el mero interés personal de las partes, en tanto se ve comprometido un interés superior: el del Estado, en la determinación y protección de la capacidad de sus habitantes. Esto también es coherente con las normas de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que en Argentina tiene rango constitucional.

### **El sujeto en el Código Procesal Penal**

En Argentina, tal como hemos mencionado, la Ley de Salud Mental es una ley posterior de aplicación al Código Penal de la Nación (CP), por lo que ante cualquier conflicto entre normas o superposición de objetos, debe primar por sobre la letra de los mismos. Muchas veces esto se confunde gracias a la persistencia de ideas positivistas y categorías laxas -que aún tienen fuerza en nuestros códigos- y llevan a que la interpretación dependa de un juez. Consideramos que debemos mantenernos en estado de alerta frente a esta situación, ya que cuando nuestro Código Penal habla de “alteración morbosa”, “insuficiencia de capacidades” o “comprensión” de la criminalidad, hay que hacer salvedades, en tanto nosotros no establecemos una nosología ligada a estas categorías, sino que debemos ampararnos en las concepciones propuestas por el paradigma Jus-humanista.

Para el abordaje de la concepción del sujeto peligroso y la aplicación de la categoría de peligrosidad, recortaremos el campo de problemáticas que refiere aquellas personas con padecimiento psíquico que entran en conflicto con la ley penal. El sistema de administración de justicia de nuestro país, en función del artículo 34 del Código Penal (CP) considera que estas personas son inimputables, por lo tanto, no se les aplica una pena sino una medida de seguridad.

Desde el paradigma Jus-positivista, los sujetos peligrosos serían aquellos que, de una u otra forma, atentan contra el orden social establecido. Bajo dicha

categoría entran, al menos, dos tipos de personas: las que han cometido un hecho considerado un delito por el CP, y las que no cometieron ningún hecho, pero reúnen ciertas características que las convierten en sujetos peligrosos (Urios, 2016). Esto quiere decir que en ambos casos prima una premisa anticipatoria, y si aquel que comete un delito es una persona que porta un padecimiento mental, se asiste a la confusión que equipara el padecimiento mental con la peligrosidad. Entonces, podemos decir que la elección del criterio de determinación de la persona peligrosa no es objetiva, sino intrínsecamente política, utilizada esencialmente con el objetivo de consolidar el orden social dominante.

Sin embargo, la LNSM suprime la categoría de peligrosidad, y en el Decreto Reglamentario N° 603/2013 Art. 20 explicita que debe entenderse por riesgo cierto e inminente a “aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros”. Por su parte, el artículo 5 de la LNSM enuncia que no puede presumirse riesgo de daño o incapacidad sólo por la existencia de diagnóstico en el campo de la Salud Mental. Estas cuestiones quedan sujetas a la verificación a través de evaluaciones actuales realizadas por un equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse en ningún caso a una mera clasificación diagnóstica. De este modo, la LNSM pone a la Salud Mental en un escenario distinto al judicial y represivo en que se encontraba.

A diferencia de lo expuesto en materia civil, encontramos que en lo que respecta al Fuero Penal, el CP se menciona de manera tangencial en la LNSM. A partir de la sanción de la Ley, las internaciones dejan de estar sujetas al accionar del poder judicial, y pasan a ser incumbencia del equipo interdisciplinario de Salud Mental y el profesional a su cargo. No obstante, el artículo 23 expresa que en lo referente a las altas, externaciones o permisos de salida, quedan exceptuadas de esa disposición las internaciones realizadas en el marco de lo que prevé el artículo 34 del CP. El mismo reza que:

“No son punibles: el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.



En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso". (Código Penal, 1984)

Vemos como en el CP aparece la figura de las medidas de seguridad, cuyo dictado se encuentra ligado a la no punibilidad del autor, constituyendo la consecuencia jurídica aplicable a las personas que son declaradas como inimputables. Las medidas de seguridad son consideradas en la doctrina jurídica como de carácter curativo: tendrían una finalidad eminentemente terapéutica y estarían orientadas al mejoramiento de la salud mental de los sujetos inimputables. Frecuentemente, la modalidad de cumplimiento que adquieren es en un contexto de encierro, ya sea en instituciones asilares o unidades penitenciarias psiquiátricas, con el objeto de la realización del tratamiento. Esto ocurre porque el fundamento último de las medidas de seguridad es la peligrosidad atribuida al sujeto.

Ahora bien, como condición para el cese de la medida de seguridad, el CP estipula la comprobación de la desaparición de las condiciones que habrían hecho peligrosa a la persona para sí misma o para terceros, mediante un dictamen pericial y una posterior resolución judicial basada en dicho dictamen. Si la duración de las medidas de seguridad está supeditada a la desaparición de la peligrosidad, al "efecto curativo" experimentado por aquel a quien ha sido impuesta, se trata entonces medidas de tiempo indeterminado, cuyo cese responderá al criterio subjetivo del intérprete.

Desde nuestra perspectiva consideramos que los sujetos con padecimiento mental que entran en conflicto con la ley penal, atendiendo a los lineamientos propuestos por la LNSM, deben ser alojados por el sistema de Salud, con los recaudos sociales, jurídicos y tratamientos que sean necesarios para cada caso.

## **Objetivos**

- **Objetivo general**

- Analizar la concepción de sujeto que proponen las políticas públicas argentinas en función a los condicionamientos socio-históricos desde 1854 a 2010.

- **Objetivos específicos**

- Analizar la importancia de la Ley de Salud Mental en cuanto a la noción de sujeto.
- Explorar la transición del paradigma tutelar al paradigma de derechos humanos.

## **Metodología**

El trabajo fue realizado desde un enfoque cualitativo de investigación, basado en la exégesis bibliográfica y habiendo seleccionando un corpus teórico que ha sido sistematizado y abordado de forma descriptiva e histórica. Desde el enfoque de la historia crítica (Danziger, 1984), se ha privilegiado la consideración de los objetos de estudio y su producción situada en los contextos socio-históricos correspondientes.

Nos hemos centrado en el análisis de fuentes tales como artículos académicos e historiográficos, y políticas públicas en salud mental, a los fines de que la articulación entre ambas permita dar cuenta de las vicisitudes de la concepción de sujeto en Argentina durante el periodo histórico recortado (1854-2015).

## **Discusión**

Mediante el recorrido realizado en el presente trabajo, hemos mostrado cómo la concepción de sujeto que se han propuesto en las políticas públicas argentinas en materia de Salud Mental, en función a los condicionamientos socio-históricos que han atravesado, ha variado hasta llegar a cristalizarse en la concepción de

todos los sujetos como sujetos de derecho. Asimismo, observamos que los distintos proyectos de país, modelos de Estado y estrategias de gobierno, inciden en la creación y funcionamiento de las políticas públicas de Salud Mental.

Desde nuestra perspectiva, consideramos que la historia es aquella que nos permite realizar una iluminación crítica del presente. Es por ello que, al explorar la transición del paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos, encontramos que, en los inicios, la tradición francesa fue receptada en nuestro país, pero de manera muy pobre. Esto quiere decir que, con la creación del asilo, hubo un espacio material en donde alojar el padecimiento mental, pero no tuvo como correlato una revisión de la consideración sobre el padecimiento mental: los sujetos continuaban siendo considerados peligrosos y era necesario tenerlos bajo control y apartados de la órbita de la sociedad.

Por otra parte, en cuanto al movimiento higienista, si bien llegó al país para, de alguna manera, resolver aquello que la psiquiatría no podía, consideramos que fue un movimiento que estuvo ligado más a un modelo tutelar y disciplinador que reformista. Se dio en un contexto en el que tuvieron especial incidencia las teorías sobre la degeneración, para dar cuenta no sólo de la locura sino de todas las enfermedades consideradas en ese entonces como de “carácter social” (alcoholismo, prostitución, pobreza). En este sentido, los sujetos, lejos de ser considerados como tales, fueron deshumanizados y concebidos como objetos de la práctica médica.

Con la llegada de los Derechos Humanos a nuestro país en la década del '50, comienza a emerger la idea de que todo habitante del suelo argentino es un sujeto de derecho. Esta idea emerge a causa de que el sujeto de la Modernidad era el ciudadano, en contraposición al habitante. Se trataba de un sujeto legitimado por el paradigma positivista, preferentemente varón, blanco, adulto, propietario y sano, mientras que todos aquellos que no responden a ese modelo, eran definidos por la negativa (mujeres, niños y niñas, pobres e insanos). Angelini (2009) sostiene que los Derechos Humanos nacieron como consecuencia esta irracionalidad y violencia impuesta por la modernidad europea. Es así que finalmente -como hemos mencionado-, los Estados modernos cuestionaron estas concepciones dando lugar a un nuevo paradigma basado en los Derechos Humanos.

Sabemos que las políticas públicas en Derechos Humanos han tenido un desarrollo significativo en las últimas décadas -tanto a nivel mundial como en nuestro país, -y si bien hemos mostrado que desde hacía tiempo se intentaba luchar contra la segregación y la violencia ejercida sobre los sujetos con padecimiento mental, es en simultáneo con las luchas por los derechos de las personas que comienza visibilizarse que el padecimiento mental y el trato inhumano hacia los sujetos que padecen, es una problemática que debe considerarse como una violación a los Derechos Humanos fundamentales.

Es este marco el que posibilita que, en Argentina, se sancione y promulgue la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, cuya importancia recae, a los fines del presente trabajo, en que ha marcado un antes y un después en la manera de concebir a los sujetos con padecimiento mental y abordar ese padecimiento. A partir de la llegada de esta ley, no hay motivo ético, científico, ni de ningún tipo que justifique la exclusión o discriminación de los sujetos por tener un padecimiento mental y/o dificulte el acceso al sistema sanitario.

Sin embargo, a la luz de lo expuesto en el presente trabajo consideramos que, en materia de Salud Mental, hay cuestiones no han sido completamente saldadas. Desde el punto de vista histórico, podemos plantear que en la actualidad hay una cierta coexistencia de modelos o paradigmas, entendiendo que ciertas lógicas propias del modelo asilar continúan operando, en contraposición a las cuestiones legales/normativas en donde se vuelve más clara la linealidad temporal.

Nos parece importante entonces continuar reflexionando sobre lo que ha sucedido -y sucede- en este campo ya que si bien las políticas públicas expresan que hay un extendido consenso en la comunidad científica respecto de dar una respuesta integral a las problemáticas ligadas al padecimiento mental, la orientación de la medicina hegemónica en el discurso social y en las prácticas en salud continúa ejerciendo poder de manera individualista, fragmentada y apartada de lo social y comunitario. Además, se suma la impronta de los medios masivos de comunicación en la concepción del sujeto con padecimiento mental, reviviendo continuamente la figura del “loco” como un sujeto peligroso y legitimando el accionar del poder judicial en el campo de la Salud Mental.

Podemos concluir que, en nuestro país la Salud Mental atraviesa un período bisagra (Demasi, 2020) en el que conviven dos modelos de atención. Por un

lado, el modelo asilar manicomial centrado en el hospital monovalente, y por otro, el que promueve la atención de los sujetos con padecimiento mental a través de la red de servicios de Salud Mental, desde una perspectiva comunitaria. También entendemos que la época en que vivimos ha modificado y ampliado el panorama de demandas al sistema de Salud Mental, por lo que a las viejas deudas en esta materia, se suma la necesidad de relevar las nuevas problemáticas y la producción de nuevas herramientas que permitan dar respuestas eficaces.

Es por ello que, a once años de la promulgación de la Ley 26.657, consideramos que el campo de la Salud Mental en Argentina sigue siendo múltiple y heterogéneo. Con esto nos referimos a que, si bien se ha avanzado en materia legislativa sobre la concepción del padecimiento mental y la atención del sujeto que padece, hay carencias evidentes en la materialización de las políticas públicas al respecto. Observamos un conjunto de normativas a nivel macro y micro que promueven reformas en los sistemas de atención en Salud Mental y pregonan el respeto de los sujetos con padecimiento mental, pero en la práctica, creemos que como país aún arrastramos una deuda histórica.

Consideramos que los avances que hemos mencionado en el campo de Salud Mental, deben ser el anclaje que nos permita lograr la necesaria profundización y materialización de las políticas públicas en esta área, entendiendo también que se requiere el papel activo del Estado como sujeto protectorio de los Derechos Humanos de todas las personas.

### **Referencias bibliográficas**

- Arriagada, M; Ceriani, L; Monópoli, V. (2013). Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos. República Argentina.
- Campodónico, N. (2018). La configuración de las políticas públicas en Argentina. Desde la profesionalización de la Psicología hasta la Ley de Salud Mental (1954–2010). *Coordenadas. Revista de Historia Local y Regional* (5) 2, 67-89.
- Carpintero, E. (2011). La Ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectivas. *Topía*. Recuperado de:

<https://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-an%C3%A1lisis-y-perspectivas>

- Código Civil y Comercial [CCC]. Ley Nacional 16.994 (2015). Argentina.
- Código Procesal Penal [CPP]. Ley Nacional 11.179 (1984). Argentina.
- D'agostino, A. M. E. (2016). Políticas sociales en Salud Mental y transformaciones del Estado en Argentina (1945-1990). *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 62.
- Demasi, A. (2020) Políticas Públicas en Salud Mental: avances normativos, demoras materiales y una nueva oportunidad. *Revista Movimiento*, (25), 18.
- Fernández, S. E. (2015). La capacidad de las personas en el Nuevo Código Civil y Comercial. Recuperado de <http://www.nuevocodigocivil.com/la-capacidad-de-las-personas-en-el-nuevo-codigo-civil-y-comercial-por-silvia-eugenia-fernandez>
- Hermosilla, A; Cataldo, M (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y Perspectivas. *Psciencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2), 134–140.
- Ley 26.657 de 2010. Salud Mental y Adicciones (2013). Argentina.
- Ley 26.378 de 2008. Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2008). Argentina.
- Mayorca, J. M. (2000). El punto de vista latinoamericano. *Revista No-Temas*, 1(1).
- Parés, P. (2007). Cuadernos Médico Sociales. *El Nacimiento Del Hospital Mental De La Convalecencia: La Primera Respuesta Social Frente a La Problemática De La Alienación. Buenos Aires 1700-1854*, 47(3), 200–208.
- Perrotta, G. V. (2011). Concepciones de sujeto, cuerpo y síntoma en medicina y psicoanálisis. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Ríos, S. R. (2017). Interpretación del art. 34 inc. 1 del Código Penal Argentino a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental: consecuencias. *Revista Derechos en Acción*, (4).
- Talak, A. (2005). Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina, 1900-1940, en *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, 563-599. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Talak, A. M. (2011). Enfermedades sociales y degeneración: relaciones entre la medicina y la primera psicología en la Argentina. In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Urios, R. (2016). Peligrosidad: Cambalache “problemático y febril.” Notas acerca del concepto de peligrosidad aplicado en casos de medidas de seguridad impuestas a personas con padecimiento mental. *V Jornadas De Investigación y IV Encuentro De Becarios De Investigación De La Facultad De Psicología*, 344–351. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/67720>
- Vainer, A. (2012). Profesionales "neoliberales" o trabajadores de salud mental. *Topía*, (34), 12.
- Ziffer, P. (2006). “La idea de ‘peligrosidad’ como factor de prevención especial. A propósito del fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso ‘Fermín Ramírez’”. En *Suplemento La Ley de Derecho Constitucional*, (s/v), 45-56.