Alberto Trimboli y Leonardo Gorbacz (dirs.)

Ley Nacional de Salud Mental:
una brújula para la crisis



Políticas, estrategias y experiencias para su implementación

noveduc



Introducción

Leonardo Gorbacz y Alberto Trimboli

Dedicamos este libro a la memoria de Alberto Calabrese, Silvia Faraone y Emiliano Galende, referentes y artífices fundamentales de los avances que en él se relatan.

Hablar de salud mental supone ingresar en un campo históricamente signado por violaciones de derechos y por complejas discusiones, en el que la marginación, la segregación y las certezas infundadas han ocupado un lugar central, y aún hoy buscan imponerse como verdades.

Durante siglos, los temas vinculados con la salud mental fueron objeto de las más diversas interpretaciones y controversias, que reflejaron paradigmas antagónicos y hasta incompatibles entre sí, según las épocas. Desde las concepciones demonológicas hasta las interpretaciones biologicistas, pasando por visiones espirituales o sociales, la locura siempre fue vista como una amenaza, un castigo o un misterio insondable asociado a la peligrosidad e incurabilidad. Las respuestas, en la mayor parte de los casos, se expresaron en la marginación, el castigo y el encierro de las personas con sufrimiento mental.

En ese contexto, después de la hoguera, la tortura o las cadenas como abordaje de la salud mental, nace el manicomio, no como una réplica terapéutica, sino más bien como un intento de defender a la sociedad de los peligrosos. Como señala Michael Foucault (1961) el manicomio heredó la lógica de los leprosarios, al apartar a quienes no encajaban en la norma para "proteger a los sanos".

El manicomio se convirtió así en el emblema de esa respuesta histórica: un dispositivo que, más que ofrecer una respuesta humana al sufrimiento, organizó la exclusión de los diferentes. Bajo distintos nombres (manicomio, asilo, colonia, hospital neuropsiquiátrico, hospital monovalente, psico-asistencial, especializado o simplemente "psiquiátrico"), la lógica fue siempre la misma: segregar a quienes padecían algún tipo de sufrimiento mental, en instituciones que generaban exclusión, estigmatización, cronificación y deshumanización. Como bien expresó Franco Basaglia en su discurso al hacerse cargo de la dirección del manicomio de Gorizia: "Una persona con una enfermedad mental entra en el manicomio como persona y allí se convierte en una cosa" (Basaglia, 1972). Esa dura definición muestra cómo las instituciones pueden despojar de subjetividad a quienes más necesitan cuidados.

También hubo, por supuesto, intentos de abrir caminos diferentes. El gesto de Philippe Pinel, en 1793, ordenando quitar las cadenas a los internados, es uno de los hitos fundacionales de un paradigma más humano. Clifford Beers, en *A Mind That Found Itself* (1908), libro que escribió para describir el trato recibido en la clínica psiquiátrica en la que había estado internado, inauguró un movimiento internacional que vinculó salud mental y ciudadanía (Beers, 1908) y desembocó en la creación de la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH), en 1948. En Argentina, en la década de 1950, Mauricio Goldenberg impulsó en el Policlínico de Lanús la integración de la Salud Mental en el hospital general, al crear la primera sala de internación por problemáticas de salud mental en un hospital general, mientras además hacía un trabajo comunitario en los barrios cercanos a esa institución.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, sancionada en 2010, se inscribe en esa tradición de rupturas y conquistas. No es una ley más: significó poner en palabras y en normas una convicción compartida por gran parte de los referentes de la salud mental en nuestro país. Cambia la idea de "enfermedad mental" por la de padecimiento mental; reconoce las adicciones como parte de la salud mental (art. 4); garantiza los abordajes en la comunidad, cerca de donde viven las personas, que las internaciones sean el último recurso y que se realicen en hospitales generales, no en manicomios; establece que la normativa es válida tanto para el sector público como el privado y el de la seguridad social y, fundamentalmente, enumera una serie de derechos que les eran negados a las personas por el solo hecho de transitar una problemática de salud mental.

La ley encuentra sus fundamentos en los estándares internacionales de salud, salud mental y derechos humanos de los organismos internacionales de los que nuestro país forma parte. De esta manera, se plantea un nuevo paradigma que permite pasar de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la inclusión, el respeto por los derechos humanos y la igualdad.

Una pregunta que suele circular en medios profesionales, especialmente del lado de sectores que cuestionan su contenido: ¿por qué es necesaria una ley como esta? ¿Por qué es necesaria una ley de salud mental cuando no existe una de clínica médica, de cardiología o de traumatología? La respuesta es clara: porque las personas con padecimiento mental han sido (y siguen siendo) particularmente vulnerables a la violación de derechos. Porque, como establece la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (ONU, 2006), son sujetos de derecho y no objetos de tutela. Porque los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales les fueron históricamente negados. Porque el estigma, como bien advertía Erving Goffman, no solo margina: también destruye proyectos de vida (Goffman, 1961).

Es necesario destacar que la ley creó, además, diversos organismos inéditos: el Órgano de Revisión, el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones, la Comisión Interministerial y la Unidad de Letra-

dos. Espacios que no son meras estructuras burocráticas, sino instancias de participación y monitoreo, diseñadas para que usuarios, familiares y organizaciones de la sociedad civil puedan tener voz.

Sabemos que la implementación de la ley no ha sido (y no es) sencilla. La resistencia de sectores corporativos y económicos alimentó (y sigue alimentando) mitos y falsedades: que la ley prohíbe la internación, que obliga al cierre inmediato de dispositivos monovalentes, que niega la clínica e, incluso, que niega "la enfermedad mental". A lo largo de este libro veremos que nada de eso es cierto. La ley regula, no prohíbe; humaniza, no niega; obliga al Estado a garantizar un modelo comunitario e interdisciplinario y, por último, no quita derechos: los asegura.

En los últimos años, la salud mental ha ocupado un lugar destacado en la agenda pública, quizás por primera vez en la historia reciente.

El aumento de los padecimientos ha sido tan marcado en la postpandemia, que es casi imposible que existan personas que no tengan en su círculo cercano a alguien afectado o que ellos mismos no lo estén.

Un reciente informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra que no se trata de un fenómeno solamente argentino, sino que su alcance es global.

El informe señala que "más de mil millones de personas padecen trastornos de salud mental" y que "la reforma y el desarrollo de los servicios de salud mental avanzan lentamente. Menos del 10 % de los países ha completado la transición a modelos de atención comunitaria, y la mayoría sigue todavía en las fases iniciales. La atención hospitalaria continúa dependiendo en gran medida de los hospitales psiquiátricos".

Al mismo tiempo, ha ascendido al gobierno una propuesta de extrema derecha, que no solo ha iniciado un proceso de destrucción de lo público (incluyendo la parte que le toca en el sistema de salud), sino que ha enloquecido el diálogo democrático al punto de tornarlo imposible. El agravio, la violencia, la simplificación de los términos de análisis de las distintas realidades han ido escalando y esparciéndose como una mancha de aceite en gran parte de la sociedad.

Esto ha producido muchos efectos, pero nos interesa destacar el aumento de las demandas punitivas como única forma de solución de todos los conflictos sociales, incluyendo las crisis (cada vez más frecuentes) de salud mental.

No tenemos dudas acerca de que el aumento de los problemas de salud mental en este clima social y político nos puede llevar a un incremento marcado del encierro manicomial y la institucionalización de personas. Que podamos contar con una ley como la 26657 constituye un freno a esa posibilidad, cuya eficacia dependerá en última instancia de cómo evolucione el clima social en este contexto político.

A principios del mes de agosto de 2025, pocos meses antes de publicar este libro, un conjunto de autoridades de salud mental de quince provincias presentó en el auditorio del Anexo de la Cámara de Diputados de la Nación un muy claro informe que muestra los términos de esta crisis y como la misma está impactando en un sistema que está siendo sostenido por las jurisdicciones subnacionales, mientras el Estado Nacional se retira del rol que venía cumpliendo hasta entonces.

En ese documento se destacan el aumento de las internaciones y de las consultas ambulatorias –en particular, en la franja etaria de niños, niñas y adolescentes–, con situaciones cada vez más complejas y difíciles de abordar.

Frente este diagnóstico, las provincias autoconvocadas (dada la ausencia de convocatoria al Consejo Federal de Salud Mental –COFESAMA–) plantearon la necesidad de aumentar recursos para desarrollar los dispositivos que prevé la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.

No fue una presentación ingenua, puesto que, al mismo tiempo, en la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados, algunos de ellos, en sintonía con ciertos sectores de familiares, profesionales y medios de comunicación, promueven modificaciones a la ley nacional bajo premisas falsas y sin un mínimo análisis de las verdaderas causas de los graves problemas que atravesamos en nuestro campo.

Por eso es tan importante que, habiendo transcurrido quince años desde la sanción de la Ley de Salud Mental, podamos detenernos a repasar qué es lo que hemos construido y orientarnos mejor en cuanto al rumbo a seguir.

Tal como se les advirtió a los legisladores nacionales, no es fácil que en un país tan atravesado por divisiones aparentemente inconciliables podamos construir políticas de Estado. Sin embargo, algo de eso sí hemos podido edificar en torno a la implementación de la ley 26657, en tanto se ha constituido en un marco de referencia claro para que las distintas provincias avancen en políticas públicas en sus territorios.

En un contexto tan difícil, con este libro, pretendemos entonces efectuar un aporte a un diálogo franco, democrático, que se instale sobre los consensos sostenidos en estos años y tome en consideración lo mucho que se ha trabajado, las distintas experiencias de trabajo y las dificultades encontradas, de modo tal que, entre todos, podamos construir el mejor camino para continuar.

Para ello hemos convocado a diferentes actores, destacados especialistas, responsables de gestionar política pública, y también a usuarios y familiares, que han sido parte de la lucha, del desarrollo y de implementación de la ley.

A quince años de su sanción, reafirmamos lo que dijimos entonces: esta ley no es solo un texto jurídico; es un compromiso colectivo ante una deuda con los que no tenían voz. Como señaló la Declaración de Caracas de la OPS y la OMS (OPS/OMS, 1990), los países deben reestructurar sus servicios de Salud Mental dentro de los sistemas locales de salud, orientándolos hacia la comunidad y fuera de los hospitales neuropsiquiátricos. Nuestra ley recogió ese mandato, y los actores y colectivos comprometidos con los derechos de las personas con padecimiento mental tomaron ese compromiso y lograron una norma que es modelo en el mundo. Hoy, quienes trabajaron en el pasado y quienes creen en ese cambio siguen trabajando día a día para hacer realidad su plena implementación, a pesar de los continuos ataques de sectores que tienen claros intereses económicos y corporativos.

En este libro comenzaremos analizando el proceso de debate parlamentario que tuvo lugar entre los años 2007 y 2010, para revisar no solo los antecedentes que dieron origen a la iniciativa, sino también los actores que participaron activamente en su construcción y el contexto político en el que se desarrolló. Este recorrido permite situar los ejes fundamentales del cambio de paradigma que ha implicado la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en la Argentina.

En la Segunda Parte, abordamos los derechos consagrados por la ley, la necesidad de explicitarlos con precisión y el modo en que su reconocimiento ha impactado en la vida de usuarios, usuarias y familiares.

La Tercera Parte de libro está dedicada a los nuevos organismos e instituciones creados por la norma: su origen, organización, funciones y las experiencias acumuladas a lo largo de estos años.

En la Cuarta Parte, desarrollamos un tema de especial relevancia: las internaciones voluntarias e involuntarias, y el análisis del concepto de "riesgo cierto e inminente", uno de los más debatidos en el campo de la salud mental.

La Quinta Parte de este trabajo revisa las políticas de implementación a nivel nacional y subnacional, incluyendo la creación de dispositivos territoriales y los avances y desafíos de las diversas experiencias locales.

En la Sexta Parte, se presentan experiencias concretas de reforma e implementación inspiradas en los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental en diversas regiones del país.

La Séptima Parte cobija las voces de usuarios, usuarias y familiares, que comparten en primera persona sus vivencias, luchas y perspectivas en torno a la salud mental y los derechos humanos.

Finalmente, en la Octava Parte analizamos las tensiones y resistencias que han acompañado las transformaciones impulsadas por la ley, así como los mitos y discursos desinformados que intentan deslegitimarla o promover su modificación o derogación.

Confiamos en que este libro resulte una herramienta útil para que el abordaje de la salud mental de nuestro pueblo continúe construyéndose

en un marco de diálogo democrático, interdisciplinario y con respeto por los derechos humanos de todas las personas.

Esta obra no se dirige tan solo a los trabajadores y trabajadoras del campo de la salud mental, sino también a todos aquellos que, desde distintos espacios, participan o inciden en él: familiares y usuarios de los servicios de Salud Mental, docentes y estudiantes universitarios, profesionales de la salud y la educación, abogados, legisladores y funcionarios públicos, así como referentes comunitarios, periodistas, integrantes del Poder Judicial y de las fuerzas de seguridad, organizaciones sociales, sindicales y de derechos humanos.

Porque la salud mental, en su sentido más amplio, es una construcción colectiva que involucra a toda la sociedad, y su promoción requiere del compromiso de cada uno de estos actores.

Este libro nace con esa convicción. Con la memoria de quienes padecieron la exclusión y el encierro, con el compromiso de quienes defendemos los derechos humanos, y con la certeza de que la salud mental no se sostiene con muros, sino con puentes.

PRIMERA PARTE

LA LEY EN SU CONTEXTO: DEBATES POLÍTICOS, DERECHOS HUMANOS Y MIRADAS INTERNACIONALES

Capítulo 2

La etapa de los determinantes sociales

Leonardo Gorbacz

Primera etapa de desarrollo de la Ley Nacional de Salud Mental

Nueva institucionalidad

La primera etapa posterior a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental estuvo marcada fundamentalmente por la creación y fortalecimiento de una nueva institucionalidad y por la pauta de desmanicomialización que se sintetiza en el artículo 27.

La nueva institucionalidad no es solo un proceso nacional. En un país federal como el nuestro, es preciso que cada gobierno local desarrolle también sus propias herramientas para llevar adelante una política de salud mental, en algunos casos en clave de transformación de lo existente y, en otros, en clave de creación de políticas que nunca existieron en su territorio.

Si pensamos que hasta el año 2009 Argentina no contaba siquiera con una Dirección Nacional de Salud Mental, notaremos que, posteriormente, el impulso de la ley generó la construcción de no pocas áreas de gestión a nivel nacional, provincial e incluso municipal.

A nivel nacional, se crearon: la Dirección Nacional (que primero fue de Salud Mental y Adicciones y que en 2022 pasó a llamarse de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos), el Órgano de Revisión, la Unidad de Letrados del artículo 22°, la Comisión Nacional Interministerial (CoNISMA) y el Consejo Consultivo Honorario (CCH). En muchas provincias además se crearon o fortalecieron áreas de salud mental, mesas intersectoriales y consejos consultivos bajo el innegable empuje que generó la ley.

También se establecieron órganos locales de revisión, promovidos con el impulso del Órgano de Revisión Nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40° inc. j) de la ley. Según un informe de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación[1], en 2022 ya se habían creado órganos locales en catorce provincias del país.

La generación de herramientas en este sentido no solo fue un acto preparatorio para luego poder ejecutar políticas, sino que su propio proceso de debate local constituyó un mecanismo de movilización alrededor de la cuestión de la salud mental con efectos sumamente positivos.

Muchos trabajadores y activistas en distintas provincias se sintieron empoderados y convocados a tomar la ley nacional como herramienta para promover en los ámbitos políticos locales una discusión sobre el rumbo que debía tomar la salud mental en cada uno de los territorios. En muchos casos, se obtuvieron así leyes, programas e incluso espacios de gestión.

Desmanicomialización

Además de todo, este proceso (con décadas de olvido y abandono de miles de personas institucionalizadas) hizo que una gran parte del primer esfuerzo estuviera dedicado a diseñar y ejecutar procesos de externación, con todas las dificultades que esto supone en casos tan prolongados de encierro.

Así, se crearon dispositivos de vivienda con apoyos; se trabajó arduamente en la recomposición de redes familiares en los pocos casos en los que eso fue posible y se buscó acortar los procesos de internación agudos, a sabiendas de que la prolongación innecesaria se transforma rápidamente en institucionalización crónica.

Uno de los pocos números con que contamos para medir este proceso permite comparar las veinticinco mil personas que el CELS contabilizó en su informe de 2007, con las doce mil que estimó el Censo realizado por el Ministerio de Salud en 2019.

Otra referencia es el citado informe de la Secretaría de Derechos Humanos, que, en base a datos del Ministerio de Salud, informó en 2022 que la cifra de personas internadas se había reducido a nueve mil ochocientos cincuenta (seis mil trescientos sesenta y ocho en el sector privado y tres mil cuatrocientos ochenta y dos en el sector público). Los hospitales de jurisdicción nacional (Hospital Bonaparte y Hospital Comunidad Ramón Carrillo) redujeron su población internada de quinientas treinta y tres personas en 2019 a cuatrocientos cincuenta y seis en 2022.

Más allá de la exactitud rigurosa de esas cifras, la experiencia general de todos los hospitales monovalentes del país refleja una reducción sensible de personas internadas.

Es preciso considerar que la evolución de los casos de personas institucionalizadas hasta 2010 iba en permanente crecimiento, pero, a partir de allí, está claro que –poco o mucho–, descendió. Y no siguió subiendo, al menos hasta 2023.

La crisis de salud mental

Ahora bien, la situación actual es muy otra.

Ya señalamos en la Introducción que la coyuntura que nos atraviesa es inédita: el tema de la salud mental está en boca de todos, porque los problemas han aumentado dramáticamente. Las autoridades de Salud Mental de la mayor parte de las provincias del país han confirmado que nos hallamos en una situación crítica.

Un informe de la revista *Soberanía Sanitaria* de agosto de 2025 lo sintetiza con claridad: "Siendo así, es necesario que quienes venimos pensando y colaborando en la transformación del sistema de Salud Mental a tono con la aplicación de la ley nacional entendamos el nuevo escenario político y social, lo analicemos, lo debatamos y ajustemos los próximos pasos en función de la nueva realidad".[2]

En ese sentido, debemos ingresar en una etapa en la que el acento se traslade del artículo 27 al 3, es decir, de la cuestión de la desmanicomialización a la de los determinantes sociales de la salud mental.

Eso no significa que el proceso de adecuación y sustitución de los hospitales monovalentes esté terminado o sea necesario suspenderlo, sino que, para estar a tono con lo que requiere este contexto, quienes defendemos la implementación de la ley debemos poder usarla para dialogar sobre esas demandas sociales y, de ese modo, lograr dar mejores respuestas.

Una de las características que resaltan de esta crisis de la salud mental es la ignorancia manifiesta sobre sus causas en la agenda pública. O sea, se habla de salud mental, se reconoce un aumento de las problemáticas y su complejidad, se demandan más y mejores respuestas, pero no se abre ningún interrogante acerca de sus causas.

Esta ausencia de pregunta sobre los motivos es solidaria con una falta de asunción de responsabilidades compartidas, tan propia de esta época, y deriva en una peligrosa demanda absolutizada al sistema de salud. Si los equipos de salud mental no son capaces de interpelar esta demanda absoluta y quedan atrapados en la idea de que se halla exclusivamente en sus

manos el resolver la crisis de salud mental que impacta en la sociedad, el fracaso será inevitable y reforzará las demandas de leyes mágicas que establezcan un nuevo orden, que necesariamente será represivo y excluyente. Un orden totalitario, peor aún que el orden manicomial que con esfuerzo pretendemos superar.

Si quisiéramos comparar la actual crisis con otra reciente de la salud pública (la pandemia de COVID-19), las diferencias entre ambas saltan a la vista. En aquella ocasión, lo primero que se buscó –y luego se comunicó– fueron las causas de esa gripe tan fuerte y mortal: un virus nuevo. Luego se identificó la forma de transmisión y se informó a la comunidad cuáles eran los mecanismos al alcance para evitar los contagios, hasta tanto se pudiera contar con una vacuna.

En cambio, frente a los problemas de salud mental, en tanto no existe una pregunta por la causa, tampoco hay herramientas de prevención para movilizar a la comunidad que, entonces, parece quedar inerme frente al avance de la... ¿epidemia?

Por lo tanto, no es de extrañar que las conversaciones giren solo en torno a demandar respuestas del Estado o a lograr modificaciones legales que mágicamente resuelvan el problema.

En el primer caso es lógico: el Estado debe dar respuestas. Sin embargo, transitamos una etapa del país en la que la gestión del mismo está orientada a destruirlo y no a gestionarlo.

En el segundo caso, la demanda de modificaciones legales pareciera ser más bien un manotazo de ahogado frente a un problema que angustia y cuyas coordenadas escapan a la comprensión general.

Por eso es tan importante que nos detengamos en la propia ley, no solo para defenderla, sino para usarla como herramienta que nos permita dialogar mejor con esta realidad que nos toca transitar.

Y, para eso, un buen punto de anclaje es el artículo 3°, que define la salud mental como "un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación

y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona".

El deterioro de las condiciones de vida

Resulta necesario, en primer lugar, analizar cuáles son las causas de este aumento de los problemas de salud mental; en segundo lugar, poder pensar cómo abrir esa conversación al conjunto de la comunidad y, por último, movilizar a la sociedad para construir colectivamente una mejor salud mental.

Tal vez esa sea la mejor defensa de la ley que podamos hacer en este momento de crisis: devolverle a la sociedad las herramientas para que tome el destino de su bienestar en sus propias manos, y de este modo abandone esa impotencia colectiva que nos condena a observar lo mal que están las cosas sin poder hacer nada, salvo reclamar soluciones mágicas que terminan generando mayores desastres.

Por eso es tan importante en estos momentos la herramienta de la interdisciplina, para que filósofos, sociólogos, antropólogos y trabajadores sociales, entre otros, puedan aportar desde su mirada.

Volviendo al artículo 3°, podríamos decir que las condiciones de vida determinan la posibilidad de la salud mental colectiva e individual, entendidas en términos más amplios que la sola materialidad económica que nos permite nuestra existencia.

¿A qué llamamos "salud mental"? Existen muchas definiciones que no enumeraremos aquí. Solo para abrir este debate, plantearemos que la salud mental está íntimamente vinculada a la posibilidad de desplegar proyectos de vida ligados a nuestro deseo. Dicho de otro modo, a condiciones de existencia que nos permitan sostener nuestro deseo.

En nuestro sistema, sin mínimas condiciones económicas que consientan el acceso a la alimentación, a la vivienda, al tiempo de calidad en la

crianza de los niños y niñas, a la educación, a la recreación, a la cultura, al deporte y al trabajo, es imposible desplegar una vitalidad deseante.

Sin embargo, aun con esas condiciones económicas garantizadas, se requieren condiciones sociales que hagan posible proyectarse como sujetos deseantes: confianza en el otro como telón de fondo de las relaciones, visión esperanzada de futuro, espacios y tiempos para equivocarse y aprender, apertura a lo diferente, herramientas para distinguir realidad de ficción, posibilidad de sostener espacios de intimidad y capacidad de diálogo no confrontativo, solo por mencionar algunas variables.

Podemos pensar cómo cada una de ellas se halla en jaque en este mundo y en esta Argentina, en particular, caracterizada por una desigualdad creciente, una violencia social inusitada promovida desde el propio poder político, una creencia generalizada en la imposibilidad de mejorar las cosas, una sobreexigencia para lograr estándares de belleza y productividad inalcanzables, un rechazo absoluto a las emociones que son rápidamente calificadas como enfermas, diagnosticadas y medicadas, alimentando así la lógica del mercado de consumo.

Resulta llamativo cómo las encuestas reflejan, desde hace años, el alto porcentaje de personas que mira el futuro con desconfianza. No es un dato menor. ¿Cómo han de construirse las subjetividades de los niños/as criados en una sociedad del pesimismo?

Crypto Boy (2023), una película holandesa del director Shady El-Hamus, nos muestra una síntesis de esa realidad: un padre migrante, deprimido, con un duelo no resuelto, se transforma en un paredón que rechaza cada una de las propuestas entusiastas de su hijo adolescente que, ante esa ausencia de una mirada de futuro posible, termina comprando los espejitos de colores que le vende el mundo de las finanzas. Esa es la única forma que encuentra de sostenerse como sujeto deseante frente a la depresión paterna.

Tal vez estemos, en parte, frente a una generación de padres deprimidos, arrasados entre las frustraciones colectivas del pasado y las nuevas tecnologías del presente, que solo pueden ver un futuro negro de debacle

medioambiental y social, y que no son capaces de transmitir a sus hijos el deseo de vivir y de proyectar.

Algunos autores pueden ayudarnos a pensar estas determinaciones sociales que están generando un fuerte impacto en nuestra salud mental.

El filósofo surcoreano Byung-Chul Han analiza cómo hemos pasado de una sociedad disciplinaria a una de rendimiento, en la que la explotación ya no proviene de un jefe sino de nosotros mismos:

> El actual sujeto narcisista del rendimiento está abocado, sobre todo, al éxito. Los éxitos llevan consigo una confirmación del uno por el otro. Ahora bien, el otro, despojado de su alteridad, queda degradado a la condición de espejo del uno, al que confirma en su ego. Esta lógica del reconocimiento atrapa en su ego, aún más profundamente, al sujeto narcisista del rendimiento. Con ello se desarrolla una depresión del éxito. (Han, 2022)

Por su parte, Sadin (2024) trabaja muy detenidamente sobre el impacto de las nuevas tecnologías en la subjetividad y el efecto de fragmentación social que esto produce. Él considera que nos hallamos frente a una nueva era del "individuo tirano" y a una abolición de todo cimiento de una sociedad en común. El espíritu revanchista que anida en cada persona se asocia con la sensación de poder resolver todo por sí misma, para lo cual se ofrecen gustosamente las nuevas tecnologías.

Ya no se trata de reprimir los deseos, sino de anticiparlos y moldearlos para que se ajusten a fines comerciales o políticos. Sadin argumenta que los sistemas algorítmicos (desde Netflix hasta las *apps* de bienestar) nos indican qué desear, qué sentir y cómo actuar. El obstáculo aquí es sutil: no se trata de una prohibición, sino de una sugerencia constante y personalizada que nos lleva por caminos predefinidos y atrofia nuestra capacidad de desear de manera autónoma.

El autor israelí Yuval Noah Harari (2024) señala que los sistemas externos conocen nuestros deseos mejor que nosotros mismos y pueden manipularlos. El sujeto cree que elige libremente, pero su deseo ya ha sido previsto y moldeado por una entidad externa que persigue sus propios intereses.

Por su parte, Franco *Bifo* Berardi, en su libro *Desertemos* (2024), afirma que existe un agotamiento generalizado, con resignación y retirada de la energía psíquica y social, al que denomina "psicodeflación". Y que este surge debido a la impotencia de no poder cambiar una realidad que se torna cada vez más insoportable: precarización laboral, competitividad extrema extendida a todas las relaciones sociales, ritmo frenético de la información imposible de procesar, individualismo extremo, fin de la narrativa del progreso e incapacidad de imaginar alternativas.

El psicólogo social Jonathan Haidt, por su parte, se aboca a estudiar el efecto de las tecnologías de la comunicación en la salud mental de las nuevas generaciones y señala que la combinación entre la sobreprotección que ellas han sufrido en cuanto a la posibilidad del juego no supervisado en la vida real (producto del temor a la inseguridad) y la desprotección absoluta e ingenua en su inmersión en el mundo digital ha dado por resultado una verdadera epidemia de padecimientos mentales.

> El mundo virtual no es un lugar donde los niños puedan aprender a gestionar el riesgo, a superar el miedo o a construir cuerpos y cerebros fuertes. Es, por el contrario, un entorno perfectamente diseñado para inducir la ansiedad social, la adicción y la comparación constante. (Haidt, 2024)

Sin duda, el atravesamiento de las nuevas tecnologías que invitan a resolver todo por uno mismo, junto a las frustraciones acumuladas de los proyectos colectivos de emancipación del pasado, han dado por resultado una nueva configuración de un presente de individualismos exacerbados, replegados sobre sí, desconectados de sus emociones, con desconfianza del otro y del futuro y, en consecuencia, con enormes obstáculos para encontrar sentido a la vida, para desear y sostener ese deseo.

Eso no puede sino dar por resultado la depresión, como manifestación más clara del sinsentido; la ansiedad, como la presencia de un deseo que no logra articularse; el consumo de sustancias, como una vía de satisfacción directa que elude el deseo, o la ludopatía, como sustitución de la apuesta deseante que, en lugar de orientarse al Otro, se degrada al objeto-dinero.

Algunos intentos de explicar la causalidad de esta suerte de epidemia de padecimientos mentales ubican a la pandemia del COVID-19 como un episodio traumático determinante. Es cierto que, temporalmente, podríamos ubicar ese acontecimiento como un punto de quiebre, de aumento marcado en todas las mediciones sobre situación de salud mental.

Sin embargo, la remisión a la pandemia como causa última del estado de situación resulta insuficiente. Las amenazas reales a la vida que provienen de la naturaleza forman parte de los sufrimientos permanentes y esperables que enfrentan los sujetos, junto con los derivados del cuerpo propio y de su relación con los otros, como señala Freud (1929) en *El malestar en la cultura*. Enfrentar peligros genera sufrimiento, pero no alcanza para construir síntomas o padecimientos mentales identificables.

Lo verdaderamente traumático es, en todo caso que, ante un peligro externo, el sujeto no se sienta protegido por los otros y quede absolutamente inerme. Tal vez no fue tanto el enfrentamiento a un peligro externo sino más bien el fracaso (parcial) de lo social para sostener una política de cuidados mutuos lo que actuó en primer plano con efecto traumático. Se instaló algo del orden de "Si no podemos cuidarnos entre todos en situaciones tan extremas, que cada uno se salve como pueda".

Por otra parte, lo decisivo no son tanto los hechos sino cómo se los significa y resignifica. Un encierro inscripto como vano o injusto no produce los mismos efectos que uno resignificado como útil y sostenido colectivamente. Una cuarentena prolongada, aun con todos los efectos económicos negativos y las pérdidas de vida que causó, podría haber sido un determinante positivo si, por ejemplo, hubiese sido sostenida de modo colectivo y asumida como una epopeya heroica que diera sentido trascendente a la existencia de toda una generación. Finalmente, no fue eso lo que ocurrió.

Otra característica de la vida contemporánea es la tendencia a la impugnación permanente de la autoridad y de lo heredado. Vemos esto reflejado de muchas formas, por ejemplo, en la interpelación permanente a la autoridad de la maestra de escuela, del saber médico que es reemplazado por

las propias búsquedas en Google o por IA, o la impugnación en general de los liderazgos sociales o políticos.

Al mismo tiempo, ha ido tomando cuerpo un discurso ligado a la autodeterminación, que minimiza el peso de lo heredado (el cuerpo, el nombre, la identidad) como forma de recuperación de una libertad absoluta del yo para definirse a sí mismo. Este, entonces, puede adquirir una forma más ligada al discurso ultraliberal (todo depende del esfuerzo y del talento individual), o al progresista (podemos decidir quiénes somos en el momento en que queramos). Pero, en ambos casos, el individualismo queda en el centro.

Ahora bien, del "podemos" decidir al "debemos" decidir, más superyoico, hay un solo paso. Y ese paso tal vez explique el aumento de las crisis de ansiedad. Efectivamente, si todo depende de uno, si nada está determinado por el otro, se nos abren las infinitas posibilidades de la existencia, lo que, al mismo tiempo, nos deja absolutamente solos. La absoluta libertad y la ansiedad más extrema.

La caída de toda forma de autoridad, la desestimación del peso de lo heredado y la globalización acelerada han dado por resultado un debilitamiento de referencias identificatorias, lo que explica en parte la proliferación masiva de la ansiedad y, como correlato, la demanda de diagnósticos psiquiátricos como parche que otorgue consistencia. Nótese que, si hace un tiempo portar un diagnóstico psiquiátrico era motivo de estigma y vergüenza, hoy parece ser causa de orgullo. El diagnóstico se transformó en un nombre propio, en algunos casos, buscado con desesperación.

Los discursos de odio sostenidos desde lo más alto del poder político en Argentina también han hecho su parte en la generación de un malestar social que atenta contra la salud mental. Existe una creciente naturalización de los discursos violentos, hiperindividualistas, competitivos, de idealización del dinero y de ataque a los consensos democráticos alcanzados por nuestra sociedad en su historia reciente.

Como bien señaló en una entrevista periodística el escritor Martín Kohan (2024), "La crueldad está de moda". Esa conjunción entre un término po-

tente como "crueldad", y uno aparentemente más banal como "moda", da cuenta de que efectivamente la indiferencia por el dolor del otro e incluso la satisfacción por provocarlo pueden constituirse en rasgo de identificación (moda) y extenderse ampliamente por el solo hecho de venir a llenar un vacío insoportable.

Sabemos que la tensión entre individuo y sociedad es irresoluble y que a lo máximo que podemos aspirar es a un equilibrio inestable entre las aspiraciones individuales y el bienestar colectivo. Ahora bien, la tarea fundamental de un liderazgo, en esa tensión, es representar el interés colectivo, procurando que la necesaria resignación de las apetencias individuales sea aceptada socialmente. Cuando sucede todo lo contrario y el interés colectivo es desdeñado como un "colectivismo" inaceptable, se desatan todos los demonios. Eso es lo que estamos viendo hoy en las calles, todo el tiempo: una furia de todos contra todos que ya no tiene muchos diques de contención.

Algunas ideas para seguir construyendo

La creciente interpelación al campo de la salud mental, al no incluir la pregunta por los determinantes sociales, se constituye en una demanda tan masiva como descomprometida por parte del conjunto social y elabora una especie de trampa que conviene despejar.

Lo que por un lado es una buena noticia (¡por fin la sociedad, los medios y la política se ocupan de la salud mental!) se transforma rápidamente en un problema, por dos motivos. Por un lado, porque el aumento de la exigencia hacia los servicios de salud mental, en una etapa de ajuste brutal de lo público y desregulación de lo privado, pone en situación de colapso a todo el sistema. Y, por otro, porque traducir todo el malestar en términos de salud mental, sin incluir la dimensión social en juego, privatiza el sufrimiento y nos aleja de las respuestas que necesitamos. Se produce así una verdadera "despolitización" de la conflictiva y se le exige una solución

meramente técnico-profesional a un problema de dimensiones mucho más amplias. El resultado es el previsible: críticas a los trabajadores de salud e intentos de modificación de la Ley de Salud Mental para transformar regresivamente al sistema en uno de exclusión de "lo que hace ruido".

Debemos pensar cómo avanzar en este contexto, cómo trabajar de manera comunitaria en el plano de la promoción y prevención, lo que no significa abandonar lo asistencial.

Algunas ideas son:

- **Resignificación de la pandemia**

  Si efectivamente hubo un efecto social traumático ligado a la pandemia de COVID-19, como se ha dicho, eso no estuvo necesariamente atado al hecho, sino a los sentidos y los sinsentidos que esos los mismos fueron adquiriendo.

  Se trata de ir resignificando de a poco esa experiencia que nos atravesó a todos, dando nuevos sentidos a la responsabilidad compartida y al cuidado mutuo, e impidiendo (o, al menos, relativizando) que la inconducta manifestada desde el Estado y desde algunas referencias sociales y políticas quiten valor a la organización comunitaria. Aunque algunos (o muchos) ataquen lo colectivo, nadie se salva solo.

- **De la inclusión a la promoción del lazo social**

  Si hasta aquí hemos trabajado en la transformación del sistema de salud mental en clave de inclusión social de las personas con padecimientos mentales, es posible que a partir de ahora debamos articular nuestras acciones en torno a la idea de favorecer la construcción de lazos sociales en todos los niveles de intervención posibles: clínica individual, grupal, comunitaria, talleres, comunicación pública, etcétera.

  Tal vez, como señala Sadin (2022), estamos asistiendo efectivamente al "fin de un mundo común" y nos enfrentamos cada vez más a una mera agregación de individualidades.

  En ese sentido, la consigna de la inclusión social que fue válida hasta hace pocos años hoy pierde vigor al debilitarse esa sociedad en la que

debíamos incluir a la persona con padecimientos mentales o con larga institucionalización.

Ese trabajo de promoción del lazo social debe incluir la dimensión de la recuperación de las historias de vida y los saberes construidos, para volver a darles valor de referencias importantes que no deben quedar anuladas por el presente continuo de las nuevas tecnologías.

- **La integración de las luchas**

  La lucha por la Ley de Salud Mental construyó un colectivo potente, identificado con los valores de los derechos humanos y la dignidad de todas las personas. Ese colectivo que se ha hecho fuerte en el trabajo concreto en la gestión y en las instituciones, y también en la defensa política de su agenda, enfrenta hoy el desafío de articular su lucha con otros actores y otras agendas que resultan absolutamente interdependientes: los trabajadores, los colectivos de discapacidad, los feminismos, la comunidad LGBT, los comedores comunitarios, la comunidad universitaria, la comunidad científica, el mundo de la cultura y muchos otros más. Las agendas con temáticas particulares nos han permitido avanzar hasta aquí, pero, frente al individualismo creciente que amenaza a la sociedad como tal, debemos buscar modos de contribuir a la construcción de lo general.

- **El reconocimiento de los propios límites del sistema de salud mental**

  La demanda masiva para que el sistema de salud mental brinde respuestas totales y definitivas a un problema que trasciende sus límites nos ha puesto entre la omnipotencia de sentirnos reconocidos y la impotencia de no poder estar a la altura de lo que se nos solicita.

  En este punto, es preciso repensar nuestro lugar ante tamaño requerimiento. Frente a una sociedad que se desintegra y a un Estado que se desmantela, la pretendida caracterización de sus efectos en los sujetos como "problemas de salud mental" resultan de un reduccionismo interesado que pretende poner en el casillero de la "enfermedad individual" lo que necesariamente hay que poder pensar en su contexto político y social.

Eso nos da la posibilidad de responder desde nuestro oficio específico, pero entendiendo y explicitando que solo se trata de una respuesta parcial sin pretensión ni posibilidad de ser total ni absoluta.

La identificación y discusión sobre los determinantes sociales, así como el restablecimiento de las políticas que aseguren los derechos humanos y sociales inherentes a los procesos de salud mental son componentes absolutamente necesarios que nos comprometen como profesionales y como ciudadanos.

- **Problematización del uso masivo de diagnósticos**

  Por último, y en torno a las respuestas del sistema, tal vez también convenga darnos un debate sobre una "política de los diagnósticos", advertidos como estamos de que los sujetos cada vez demandan menos saber acerca de las causas de sus padecimientos pero, por el contrario, pretenden obtener un diagnóstico que funcione como parche identificatorio.

Replanteo del rol

Estos más de quince años han sido fecundos en la construcción de institucionalidad, dispositivos, servicios y nuevas articulaciones. Incluso con dificultades, hemos avanzado en una política federal de transformación del sistema de salud mental, buscando dar mejores respuestas a las nuevas demandas y, al mismo tiempo, restituyendo la dignidad de la vida en comunidad a muchas personas.

Ese camino apenas ha sido iniciado y debe continuar. Sin embargo, el aumento exponencial de las demandas y la fuerte interpelación al campo de la salud mental para que se haga cargo de las consecuencias que la desestructuración del lazo social, el ultraliberalismo y la política de la crueldad le imponen a la subjetividad, nos obligan a un replanteo de nuestro rol y de la dinámica con la que debe seguir el proceso en marcha.

Incorporar estos temas a nuestros permanentes debates constituye un buen comienzo.

Notas

1. Avances y buenas prácticas en materia de salud mental. Informe Federal 2023 Sistema de Informes Periódicos Nacional (SIPeN) https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/12/informe_federal_sipen_salud_mental_2023.pdf
2. https://soberaniasanitaria.org.ar/crisis-de-salud-mental-en-argentina-retrocesos-desafios-y-urgencias/

Capítulo 3

Red sociosanitaria integrada de salud mental y adicciones

Alberto Trimboli

La Ley Nacional de Salud Mental marca un cambio de paradigma en torno al modelo de abordaje de las problemáticas de salud mental. Del histórico modelo del encierro centrado en el manicomio, la peligrosidad y la incurabilidad, pasamos a otro centrado en el respeto de la autonomía, al derecho a una vida digna y a la vida en comunidad.

El modelo de red sociosanitaria de salud mental se basa en la lógica de la atención primaria de la salud (APS) y en los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, ONU 2006) y de la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990). Se trata de superar el prejuicio, el aislamiento en los hospitales psiquiátricos y garantizar un sistema integrado, accesible, comunitario, territorial y con continuidad de la atención.

Organización del sistema de salud mental

El sistema de salud en general, y de salud mental en particular, se debe organizar en tres niveles de atención:

1. **Primer nivel. Atención primaria de la salud (APS):**
   - Aquí se ubican todos los recursos necesarios para estar cerca de donde las personas viven. Es el punto de entrada natural al sistema de salud y también se deben tener en cuenta los determinantes sociales de la salud.
   - Comprende centros de salud, postas sanitarias, dispositivos barriales y atención domiciliaria, entre otros.
   - Allí deben resolverse la mayoría de los problemas de salud mental con acciones de prevención inespecífica, detección temprana, intervención interdisciplinaria, psicoterapia y diferentes alternativas profesionales. Además, es necesario incluir psicoeducación y abordaje de la crisis.
   - Su eje es la proximidad territorial y la accesibilidad.

2. **Segundo nivel. Atención ambulatoria y dispositivos intermedios:**
   - Comprende servicios de salud mental en hospitales generales y centros de salud mental, como consultorios externos, interconsultas y guardias interdisciplinarias las veinticuatro horas.
   - Aquí también debemos ubicar los **dispositivos intermedios clínicos** (hospitales de día, centros de día y residencias o viviendas asistidas con medio y alto nivel de apoyo) **y los dispositivos intermedios de apoyo** (cooperativas, empresas sociales, talleres protegidos, dispositivos de inclusión sociolaboral, socioculturales y artísticos, así como las viviendas de bajo nivel de apoyo).
   - Estos dispositivos son clave para evitar internaciones y garantizar la vida en comunidad.

3. **Tercer nivel. Internación en hospitales generales:**
   - Incluye salas especializadas de salud mental dentro de hospitales generales públicos y privados.
   - La internación debe ser breve, excepcional, interdisciplinaria y bajo la supervisión judicial y de los órganos de control creados por la Ley Nacional de Salud Mental (artículos 14 a 29).
   - Es un recurso clínico en situaciones de crisis o en situaciones de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, o cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios.

Dispositivos intermedios

Son la bisagra entre la comunidad y el hospital general. Debemos considerar los dispositivos intermedios clínicos y los de apoyo.

- **Hospitales de día.** Sostienen tratamientos intensivos diarios sin requerir internación.
- **Residencias asistidas.** Ofrecen alojamiento transitorio o permanente con apoyos graduados según las necesidades de cada persona.
- **Dispositivos sociolaborales.** Promueven la recuperación de habilidades y la inclusión laboral.
- **Cooperativas de trabajo y las empresas sociales.** Constituyen una herramienta fundamental de inclusión laboral. Permiten que las personas con padecimientos mentales o consumos problemáticos puedan acceder a un espacio de producción y empleo que respete sus tiempos, capacidades y particularidades.
- **Espacios culturales, recreativos y artísticos.** Cumplen un rol decisivo en la esfera psicosocial. Talleres de teatro, música, escritura, fotografía o deportes no son meras actividades complementarias, sino que promueven la expresión subjetiva, la creatividad y el fortalecimiento de la autoestima.

Sistema de apoyos

En necesario destacar que el modelo de red se completa con un sistema de apoyos que permita la máxima autonomía posible para vivir en comunidad. Estos pueden incluir:

- **Apoyos familiares y comunitarios.** Redes de vecinos, pares, asociaciones de personas usuarias y familiares, comisarias, universidades, sindicatos y escuelas, entre otros.
- **Apoyos profesionales.** Equipos interdisciplinarios (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, enfermeros especializados, psicopedagogos, musicoterapeutas, acompañantes terapéuticos, médicos de diferentes especialidades).
- **Apoyos institucionales.** Programas sociales, políticas de vivienda, inserción laboral y acceso a la educación y a la justicia.
- **Apoyo estatal.** El artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, ONU, 2006) reconoce el derecho a vivir en la comunidad y de forma independiente, lo que implica que el Estado debe garantizar apoyos para la autonomía en todos los ámbitos.

Principios de funcionamiento

- **Atención continua.** Acompañar a la persona en todo su proceso, evitando "puertas giratorias".
- **Territorialidad.** Los servicios deben estar próximos a la vida cotidiana de las personas.
- **Intersectorialidad.** Salud mental no es solo del sector salud: involucra políticas sociales y de derechos humanos integrales con la articulación de salud, trabajo, vivienda, educación, deportes y justicia.
- **Participación ciudadana.** Incluir a personas usuarias y sus familiares en la planificación y evaluación de los servicios.

Organización de un sistema en red de salud mental y adicciones. La pirámide como modelo[1]

La organización de un sistema de salud mental y adicciones puede representarse mediante una pirámide.

El Gráfico 1 muestra cómo y en qué proporción deberían estar distribuidos los recursos para el funcionamiento de una red sociosanitaria integrada: con la mayor concentración de los mismos en la base, destinada al abordaje comunitario y territorial, una disminución progresiva en los dispositivos intermedios y la cúspide (la porción más pequeña) para las internaciones en hospitales generales, indicadas solo en las situaciones de crisis, complejidad clínica o en situaciones de riesgo para sí o para terceros.

Red sociosanitaria integrada de salud mental y adicciones



Gráfico 1

En este modelo, en la atención primaria de la salud (APS), la promoción y prevención, la asistencia social, los centros barriales, los centros de salud, los centros de salud mental, los consultorios, la atención domiciliaria, el acompañamiento terapéutico, las viviendas, las familias sustitutas y el sistema de apoyos para vida diaria constituyen el primer nivel de un sistema de servicios con base en la comunidad. Allí es donde se concentran las necesidades más frecuentes y, al mismo tiempo, representa el sector que requiere una inversión más baja, aunque llega a mayor cantidad de personas. Es en este nivel donde resulta posible prevenir y evitar el agravamiento de diferentes sufrimientos psíquicos, reducir las internaciones y sostener la vida de las personas en comunidad.

El segundo nivel está conformado por los dispositivos intermedios clínicos y de apoyo, como hospitales de día, residencias asistidas y dispositivos sociolaborales y culturales. Su función es dar continuidad a la asistencia de mayor complejidad, para evitar internaciones innecesarias y facilitar procesos de recuperación y vinculación social.

En la cúspide (pero no por ser más importantes) se encuentran los hospitales generales, en los que la internación (voluntaria o involuntaria) es un recurso excepcional, en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (artículos 14 al 29). Su finalidad es atender situaciones de crisis de manera breve, con fundamento clínico y bajo controles judiciales inmediatos. Estos efectores funcionan como última instancia, pero deben estar acompañados de guardias interdisciplinarias las veinticuatro horas, consultorios externos y en lo posible hospitales de día, para garantizar una atención integral y articulada. Además, es necesaria la articulación con los otros servicios sociales para lograr una pronta integración comunitaria.

La pirámide invertida

En la práctica, sin embargo, en gran parte del país (y también en muchos contextos internacionales) el sistema opera como una pirámide invertida (Gráfico 2). Pese a las recomendaciones de la Ley Nacional de Salud Mental y de los organismos internacionales, la mayor parte de los recursos sigue concentrándose en hospitales monovalentes o instituciones de internación para personas con problemáticas de consumo. En cambio, los dispositivos comunitarios (más necesarios, accesibles y menos costosos) suelen recibir una inversión claramente insuficiente. Debemos hacer notar la casi inexistencia de dispositivos intermedios, tanto clínicos como de apoyo.

Red sociosanitaria integrada de salud mental y adicciones

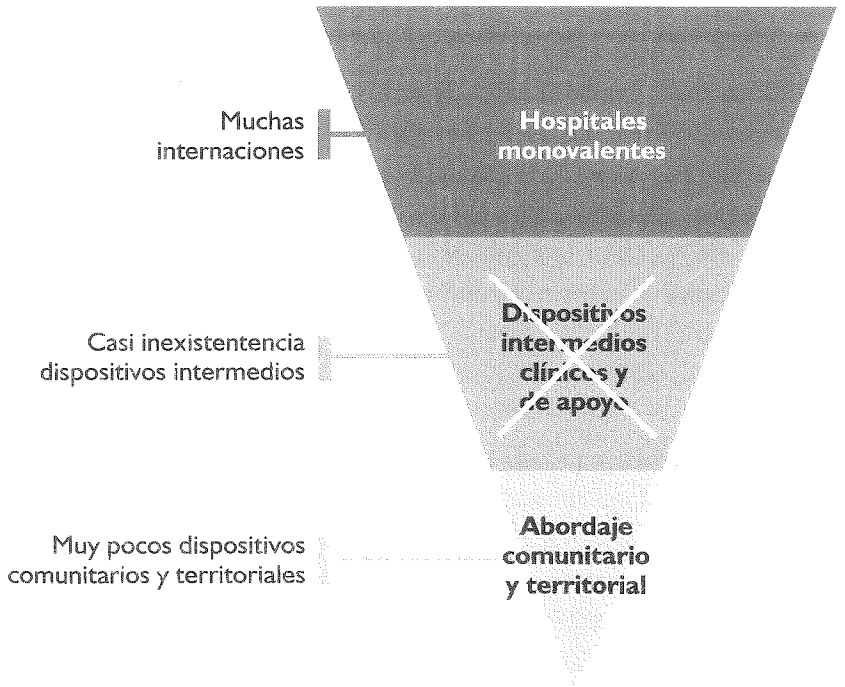

Gráfico 2

Este desequilibrio estructural provoca una paradoja: donde existen mayores necesidades y su implementación es menos costosa (territorio, comunidad, prevención y apoyos) hay menos recursos, en tanto en donde la necesidad es menor pero los costos son más altos (internaciones) se concentra la mayor oferta. Esta distorsión produce y reproduce la lógica manicomial y obstaculiza la plena implementación de un sistema de salud mental basado en la comunidad y con perspectiva de derechos.

El psiquiatra italiano Franco Rotelli, continuador de la obra de Franco Basaglia en Trieste, señalaba que la reforma no consistía solamente en cerrar manicomios, sino en crear nuevas instituciones sociales capaces de garantizar derechos, apoyos y ciudadanía. Según Rotelli (1990), el hospital psiquiátrico no es solo un edificio, sino un dispositivo cultural que opera como una forma de exclusión. Por eso, insiste en que los recursos deben orientarse principalmente a la red territorial, a los servicios comunitarios y a la construcción de proyectos de vida en común.

La metáfora de la pirámide invertida es, en este sentido, una demostración empírica de la reproducción de la lógica manicomial, que no comprende los beneficios para las personas a nivel subjetivo, y para un Estado que podría invertir mejor. Mientras los recursos se concentren en la cúspide (instituciones de encierro), la comunidad seguirá estando privada de los medios para sostener la salud mental de manera inclusiva y digna. La verdadera reforma se concreta cuando los servicios comunitarios no son accesorios, sino el núcleo mismo del sistema.

Nota

1. Alberto Trimboli (2019). *Modelo de Red sociosanitaria de salud mental y adicciones.*

Capítulo 4

Las políticas sobre consumos problemáticos en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental

Alberto Trimboli

Dentro del campo de la salud mental, uno de los temas que genera mayor resistencia es el de los consumos problemáticos de sustancias. En la historia de la humanidad, la peste y la locura en la Antigüedad, y más recientemente el VIH/SIDA y las adicciones han compartido un rasgo común: el rechazo social hacia las personas afectadas, que muchas veces ha sido legitimado o reforzado por el propio Estado.

En la actualidad persiste una fuerte tendencia a excluir del sistema sanitario a los individuos con problemas de consumo, incluso negando que se trate de un problema de salud. Ese rechazo proviene tanto de prejuicios extendidos entre profesionales, funcionarios y sectores de la sociedad civil, como de intereses económicos y corporativos que lucran con la ausencia de un sistema inclusivo e integral. El resultado ha sido la consolidación de políticas públicas que, lejos de garantizar derechos, reproducen exclusión y estigmatización (Cohen y Csete, 2019).

El aporte de la Ley Nacional de Salud Mental

Frente a este escenario, la ley 26657 representa un hito, al incluir explícitamente las adicciones en el campo de la salud mental. El artículo 4 establece con claridad que:

> Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. (Ley Nacional de Salud Mental)

Esta disposición constituye un giro normativo crucial: reconoce que las personas con problemas de consumo son sujetos de derecho, con acceso a las mismas garantías que cualquier otro usuario del sistema sanitario. Implica que deben poder ser atendidas en hospitales generales, acceder a guardias interdisciplinarias y contar con dispositivos comunitarios, residencias asistidas y hospitales de día.

No obstante, quince años después de sancionada la ley, si bien existen algunas avances y excepciones en ciertos distritos del país, la frase que más escuchan las familias en hospitales y centros de salud públicos y privados es "Aquí no se atienden adicciones", lo que refleja una práctica sistemática de discriminación que viola el espíritu de la norma.

Los derechos de las personas con consumo problemático

Si bien en otros capítulos ya se desarrolló el marco general de los derechos de las personas con padecimientos mentales, resulta imprescindible detenerse en lo que significó para el colectivo de personas con consumo problemático la incorporación explícita del artículo 4 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Este artículo establece que "Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental", reconociéndolas como un problema de salud y garantizando que las

personas que quienes atraviesan esta situación cuenten con los mismos derechos que cualquier otro individuo.

La inclusión normativa fue histórica, ya que hasta entonces la mayor parte de los derechos de las personas que atraviesan problemáticas de consumo era negada de manera sistemática. Basta con repasarlos para dimensionar la magnitud de la exclusión:

- **Derecho a recibir atención sanitaria y social integral**. Tanto en el sistema público como en obras sociales y medicina prepaga. En la práctica, estas personas eran derivadas automáticamente a instituciones convenidas, muchas veces alejadas de sus casas y sin control suficiente.
- **Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos y principios éticos.** En numerosos dispositivos aún predominan abordajes que carecen de validación clínica y científica.
- **Derecho a recibir el tratamiento más adecuado.** Lejos de priorizar las alternativas ambulatorias o comunitarias, la internación suele ser la primera (y casi única) respuesta, realizada en establecimientos alejados del lugar de residencia.
- **Derecho a ser acompañado por sus familiares antes, durante y después del tratamiento.** En muchas instituciones se prohíbe el contacto durante períodos prolongados, bajo pretextos de orden "institucional".
- **Derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual o religiosa.** Sin embargo, no es raro que se imponga una ideología religiosa como parte del tratamiento, sin consultar la voluntad de la persona.
- **Derecho a que el asistido, su abogado, un familiar o un allegado accedan a sus antecedentes clínicos.** En muchos dispositivos, la historia clínica no existe, se niega o se retiene como si fuese propiedad de la institución.
- **Derecho a que toda internación prolongada, voluntaria o involuntaria, sea supervisada periódicamente por el Órgano de Revisión.** Este control era prácticamente inexistente, incluso en internaciones extendidas por años.

- **Derecho a una información adecuada y comprensible sobre los propios derechos y sobre el consentimiento informado.** Este derecho suele omitirse y se incluye a la persona en su tratamiento sin la firma de un consentimiento.
- **Derecho a decidir sobre su atención y tratamiento, dentro de sus posibilidades.** Con frecuencia, el tipo de tratamiento es impuesto sin diálogo ni alternativas.
- **Derecho a un tratamiento personalizado, siendo reconocido como sujeto de derechos.** Aún hoy, en algunos dispositivos persisten prácticas punitivas, castigos y maltratos.
- **Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.** Sin embargo, se sigue repitiendo que la adicción es "incurable" y que "el adicto lo será para siempre".
- **Derecho a recibir una justa compensación por las actividades productivas que realice.** En muchas instituciones, las personas son obligadas a trabajar (limpieza, cocina, mantenimiento o incluso tareas externas) sin recibir remuneración, lo que configura una vulneración flagrante de derechos laborales.

La consagración de estos derechos en la ley 26657 marca un hito en el reconocimiento de las personas con consumo problemático como sujetos de derecho, y no como objetos de control, castigo o reclusión. Si bien la ley ha permitido que las familias conozcan cuáles son sus derechos, el desafío pendiente es hacerlos efectivos en la práctica cotidiana en todos los dispositivos de atención, tanto públicos como privados.

Entre la salud y el control social

Aunque la Ley de Salud Mental ha sido muy útil para lograr un cambio de paradigma y por consiguiente se han conseguido grandes avances, no es fácil modificar décadas de prejuicios. El denominado "problema de

las drogas" ha sido históricamente abordado desde perspectivas jurídicas, morales y de seguridad, más que desde el campo de la salud. Esta hegemonía de discursos punitivos ha producido la doble condición de "enfermo y delincuente" para las personas usuarias de drogas (Zaffaroni, 2011). La ley 23737, que penaliza la tenencia para consumo personal, es uno de los pilares de esa estigmatización, si tenemos en cuenta que, según esa norma, el Estado argentino considera oficialmente delincuentes a las personas que consumen. En efecto, las personas consumidoras y los narcotraficantes son incluidos en la misma ley. Lo que cambia es la pena.

Además, los medios de comunicación y algunos sectores profesionales han reforzado la asociación entre consumo y peligrosidad, y han generado la creencia de que quienes consumen drogas son delincuentes, pobres, jóvenes e incurables y, por lo tanto, excluibles del sistema sanitario. Como ha señalado Goffman (1961/2001), este proceso de etiquetamiento crea una identidad social deteriorada de la cual es muy difícil escapar.

El negocio de la exclusión

La idea de que "un adicto es adicto para siempre" no es solo un prejuicio, sino también la base de un negocio: existen instituciones que abordan las problemáticas de consumo que sostienen internaciones prolongadas, muchas veces ilegales, sin personal calificado ni control estatal suficiente. Allí, los individuos muchas veces no solo no cuentan con abordajes clínicos, sino que además son obligados a realizar tareas de mantenimiento, limpieza, cocina y trabajo no remunerado, bajo el argumento de que así "aprenden a vivir en comunidad".

Se configura de este modo un circuito perverso: quienes deberían recibir tratamientos sociosanitarios integrales y comunitarios terminan convertidos en "clientes cautivos", alejados de sus familias, estudios y trabajos, con altas tasas de abandonos y reingresos.

La construcción social del problema

Como afirman Berger y Luckmann (1968), el consumo de drogas ha sido construido socialmente como un problema a partir de discursos ideológicos, médicos, jurídicos y mediáticos. Estos producen y reproducen representaciones sociales que, trasladadas a la práctica clínica, condicionan la manera en que los profesionales de la salud interactúan con los usuarios. En lugar de ser vistos como sujetos de derecho, son tratados como objetos de control o exclusión.

Incluso en el sistema sanitario, las prácticas tienden a reproducir estereotipos y prejuicios, lo que genera exclusión en el acceso a tratamientos adecuados. Las consecuencias son múltiples: cronificación del padecimiento, naturalización de la discriminación y ausencia de alternativas comunitarias accesibles (Rotelli, 1990).

Cuando el desconocimiento vulnera derechos. Las familias y la Ley de Salud Mental

En los últimos años se han multiplicado los reclamos de familias que buscan atención urgente para sus hijos en situación de crisis vinculadas a consumos problemáticos y encuentran respuestas negativas en los servicios de salud. Muchos de estos familiares llegan a la conclusión de que esa situación es "por culpa de la Ley Nacional de Salud Mental". Así instalan una narrativa que responsabiliza a la norma de las dificultades en el acceso. Sin embargo, esta lectura es errónea: no se trata de fallas de la ley, sino de su incumplimiento.

La ley 26657 establece con claridad que las personas con adicciones tienen los mismos derechos que cualquier otra que tenga un padecimiento de salud mental y que, en situaciones de riesgo cierto e inminente, el equipo de salud no solo puede, sino que está obligado a internar en forma involuntaria, sin necesidad de esperar autorización judicial ni consentimiento del propio paciente o de su familia. La norma, lejos de prohibir, regula la internación y garantiza que se realice con fundamentos clínicos y controles posteriores.

El problema radica en que muchos profesionales desconocen el texto legal o lo interpretan de manera incorrecta. Persisten creencias falsas, como que "No se puede internar sin consentimiento" o que "La ley prohíbe internar", difundidas por sectores corporativos y económicos, con el fin de ganar adeptos para sostener dispositivos de encierro y discursos contrarios a los derechos humanos. Estas falsedades, repetidas en medios de prensa y ámbitos profesionales, terminan instalándose como verdades y condicionan la práctica cotidiana.

Esta situación no solo pone en riesgo a las familias que quedan sin respuesta en un momento crítico, sino también a los mismos profesionales. Cuando, por desconocimiento o por temor a supuestas restricciones legales, un equipo decide no internar a alguien que se encuentra en situación de riesgo, se expone a ser denunciado por abandono de persona o mala praxis, si sobreviene un desenlace negativo, ya sea una autolesión, un intento de suicidio o una agresión hacia terceros. De este modo, el incumplimiento de la ley no solo vulnera los derechos de los pacientes y de sus familias, sino que deja desprotegidos a quienes tienen la responsabilidad de brindar atención sanitaria.

Perspectiva de derechos humanos

El Artículo 4 de la ley 26657 se alinea con estándares internacionales que recomiendan integrar las adicciones en las políticas de salud mental y abandonar los dispositivos de encierro. Podemos enumerar los siguientes:

- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) establece que toda persona tiene derecho a la no discriminación en el acceso a la salud.

- La Declaración de Caracas (OPS, 1990) promueve la sustitución de los hospitales psiquiátricos y la creación de redes comunitarias, incluyendo la atención a consumos problemáticos.
- La OMS (2001) subraya la importancia de estrategias comunitarias y de integración en hospitales generales.

La problemática de las adicciones no puede seguir siendo reducida a un fenómeno de peligrosidad ni a un negocio de dispositivos cerrados. Penalizar el dolor y negar la asistencia sanitaria refuerza la exclusión y la vulneración de derechos.

La ley 26657 ofrece un marco para superar estas prácticas: integra las adicciones en la salud mental, reconoce derechos y establece obligaciones claras para el sistema público y privado. El desafío pendiente es transformar las representaciones sociales y garantizar que, en lugar de ser expulsadas, las personas con problemas de consumo encuentren en el sistema de salud un espacio de atención, apoyo y dignidad.

Capítulo 5

Nuevos debates y propuestas legislativas

Romina Guccione

Legislación y consecuencias clínico-políticas

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 fue producto de variados acontecimientos internacionales y nacionales, que concluyeron en un marco normativo de avanzada en torno a la concreción de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, generando un cambio de paradigma que las convirtió en "sujeto de derechos" (Kelman, 2020).

Dentro de esta norma, es posible situar algunas conceptualizaciones de mayor relevancia por sus consecuencias clínico-políticas: el concepto de "padecimiento psíquico", que da lugar al decir del sujeto que padece, es decir, "la dimensión subjetiva del padecimiento" (Augsburguer, 2002); la múltiple causalidad de los problemas de salud mental, entendiendo que se trata de problemáticas complejas y que, por lo tanto, requieren interven-

Capítulo 10

El Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental

María Graciela Iglesias

Un trabajo que se expande por la Nación

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (LNSM) fue sancionada en Argentina en noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año. Esto inauguró un período de cambios, de revisión de prácticas y consolidación de garantías de derecho para las personas usuarias de los servicios de salud mental. Se trata de una ley de salud con enfoque de Derechos Humanos que impuso un cambio en un sistema que requiere transformación y ajustes de los sistemas, tanto sanitario, como social y judicial. La LNSM creó organismos para garantizar esa adecuación estructural bajo un claro cambio de paradigma.[1]

El Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (ORN) nace, entonces, con la misión de incidir en las transformaciones necesarias, con el fin

de garantizar el ejercicio pleno de derecho de las personas con discapacidad psicosocial.

Existe una primera armonización con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en la ley N° 26657, cuando en su artículo 3, refiere, en su definición[2], que la salud mental es un proceso que implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales. La ley provoca un cambio en abordajes, prácticas y sentidos que llevan jurídicamente, de modo imperativo y necesario, a retomar el mandato convencional de realizar los ajustes legislativos necesarios.

Con anterioridad, hemos dicho que el ORN es un órgano específico de control o supervisión creado para supervisar o vigilar un tipo concreto de derecho o de violación de derechos humanos.[3]

La existencia de uno o varios órganos específicos destinados a controlar o supervisar determinados tipos de derechos concretos no impide que, ante una violación de los mismos, pueda acudirse a mecanismos más genéricos de control o supervisión (como podrían ser, por ejemplo, el Consejo de Derechos Humanos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos o la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, entre otros), en lugar de acudir a esos otros mecanismos más específicos.

La elección de las formas de denuncia o protección a utilizar o de los organismos a los que acudir (entre los diferentes disponibles, en cada caso) le corresponde a la víctima que alega haber sufrido una violación de sus derechos, que deberá tener en cuenta las ventajas y desventajas que, en cada caso concreto, ofrece cada uno de dichos organismos o mecanismos de denuncia o protección.

Teniendo en cuenta el carácter precedente es que el ORN ha intervenido en la calificación de las internaciones voluntarias e involuntarias que son comunicadas al organismo por mandato de la ley N° 26657, desde el art. 18 y siguientes.

Actuación del Órgano de Revisión

El Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (ORN), como organismo de prevención de derechos humanos, supervisión y monitoreo, se asienta en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa (MPD) para garantizar su independencia de los organismos estatales, como el Ministerio de Salud o las autoridades de salud mental. Sus funciones y atribuciones están contempladas en los artículos 39 y 40 de la ley N° 26657. Su composición garantiza la independencia e intersectorialidad que estos organismos deben contener, e incluye entre los sectores a las personas con discapacidad psicosocial o usuarios del sistema de salud mental.[4] Se dispuso una composición intersectorial y equitativa entre organismos estatales y de la sociedad civil, entre las que se incluyen organizaciones de usuarios de servicios de salud mental.

El Decreto PEN N° 603/13 reglamentó los artículos y definió la estructura funcional necesaria para la implementación del ORN. Para ello le encomendó a la Defensoría General de la Nación (DGN) la presidencia, la representación legal y la coordinación, a través de una Secretaría Ejecutiva (SE) y un equipo de apoyo técnico y otro administrativo. La Defensora General de la Nación designó a la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión (Res. DGN N°797/13) y le asignó los recursos humanos y materiales para implementar su funcionamiento

Dentro de las funciones que ha llevado adelante el ORN, la Secretaría Ejecutiva del organismo despliega un intenso trabajo de articulación político-institucional con el fin de promover la conformación de Órganos de Revisión Locales (ORL) en cada una de las provincias. Esta actividad se desarrolla realizando capacitaciones, seminarios y reuniones intersectoriales, con especial dedicación a uno de los objetivos generales del ORN en capacidad jurídica y apoyos: la política pública para la instrumentación de los derechos económicos y sociales, implementando modelos de vida independiente, acordes con el art. 19 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).[5]

El Órgano de Revisión (y, en particular, la Secretaría Ejecutiva como parte funcional de la Defensoría General de la Nación –DGN–) elabora informes que se incluyen en los integrales del Ministerio Público de la Defensa ante organismos internacionales de Derechos Humanos.

Por otra parte, el ORN produce las recomendaciones efectuadas al ámbito estricto del Ministerio de Salud.[6] También se realizan los monitoreos integrales[7] establecidos por el plan de acción resuelto por el plenario del organismo, donde se aplica el instrumento de monitoreo confeccionado en la SE por el equipo técnico interdisciplinario que tiene apoyo en dos instrumentos de altísimo valor y contenido: el Who Aim´s y el WHO QualityRights Tool Kit - World Health Organization[8].

Asimismo, se desarrollan recomendaciones respecto a derechos comprometidos en los distintos colectivos que pueden considerarse dentro de la denominación de categorías sospechosas[9], es decir, aquellas que requieren un test de igualdad que respete la diferencia del grupo, pues como se ha afirmado, el Estado debe absorber la diferencia de trato que reciben personas en razón de raza, sexo, nacionalidad, género, discapacidad, mayoría de edad o niñez vulnerable. En este sentido, el ORN analiza la situación de personas mayores, niños, niñas y adolescentes, internaciones prolongadas, la mujer con discapacidad psicosocial y el derecho al maternaje. También realiza el control de los plazos establecidos por la ley para las internaciones, y su legalidad.

Otro rubro de permanente señalamiento y recomendación es el vinculado a la ontología y naturaleza jurídica del consentimiento informado, muchas veces desconocido en las prácticas e instrumentado de manera inadecuada y reduccionista.[10]

Situación de infancias y adolescencias. Intervención en casos particulares

A partir del informe anual 2024 (Res. SE N°1/2025)[11] la SE del ORN recibió novecientas ochenta y seis comunicaciones de internación, y llevó a cabo diferentes presentaciones en los procesos pertinentes descriptos a continuación.

De este dato cuantitativo se destaca la continuidad de la demanda en la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes (NNyA) con respecto al año 2023. Las intervenciones de esta Secretaría se realizan desde la convalidación de la internación, su control de legalidad y sobre medidas excepcionales dictadas por el Consejo de Derechos de NNyA o los servicios locales del Sistema de Protección y Promoción de la Provincia de Buenos Aires.

Asimismo, se intervino en audiencias, se han apelado resoluciones y solicitado medidas cautelares en relación con la garantía de derechos de NNyA. La intervención en el campo sanitario ha incluido la interacción con los equipos tratantes y con las autoridades del Ministerio de Salud ante la problemática, para tratar ausencias o deficiencias que presenta el sistema.

Se ha observado que, ante situaciones de vulnerabilidad social o factores de violencia, o bien frente a situaciones que requieren un "abordaje de fortalecimiento familiar", se enfoca como síntoma por salud mental y se centra en la consecuente internación y posterior derivación a hogares convivenciales o terapéuticos, según el caso. A partir de dicha observación, la SE del ORN requiere que se tengan en cuenta los indicadores brindados por el Derecho Internacional de la Infancia (Observaciones Generales del Comité de NNyA y del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad, CDPD) que proponen modificaciones en las prácticas de abordaje y alternativas convivenciales diferenciadas de la institucionalización.

Esa relación internación/hogar es uno de los ejes de trabajo de la SE del ORN a fin de erradicar las barreras para que NNyA con una condición de discapacidad psicosocial o intelectual permanezcan en el ámbito familiar

y/o con familias sustitutas, y poder incidir con los estándares actuales de infancias y juventudes, en la transformación de esas situaciones tanto a nivel sanitario como, transversalmente, a las intervenciones en el ámbito jurisdiccional o en los sistemas de protección y promoción de derechos de NNyA.

Hemos observado que es habitual la carencia de acompañamiento por falta de familiares y/o referentes afectivos, así como la escasez de acompañantes hospitalarios y acompañantes terapéuticos.

Los/as acompañantes terapéuticos responden, en su desempeño, a su mayor o menor eficacia o ineficacia, a la falta de capacitación en DD.HH., sumada a la falta de coordinación con el sector profesional por no estar dentro de la estrategia terapéutica y/o por razones del funcionamiento de su actividad, tales como incompatibilidad horaria o la falta de reconocimiento de la potencialidad del acompañamiento terapéutico con relación a la función específica que cumple.

En cuanto a la violencia institucional, se identificaron medidas restrictivas, así como el incremento de personal de seguridad que, sin embargo, no garantiza ni previene los episodios de violencia, sino que, eventualmente, produce riesgos (por ejemplo, los vinculados al uso de armas dentro de los servicios de salud).

La modalidad del abordaje continúa siendo tradicional casi en su totalidad, y reviste un carácter clínico asistencial sin los ajustes requeridos frente al modelo de atención comunitaria establecido por los estándares internacionales y la normativa nacional.

En este sentido, se advierte la persistencia de prácticas de orden restrictivo centradas en la intervención de fuerzas de seguridad más que en el acompañamiento terapéutico.

En el hospital psiquiátrico infantojuvenil se observó la continuidad de una dinámica basada en la institucionalización, con significativas reinternaciones y derivaciones a hogares convivenciales o terapéuticos de gran parte de la población internada, sin haber agotado medidas menos restrictivas vinculadas a los apoyos y al acompañamiento en el centro de vida o residencia habitual de los/as NNyA internados/as.

Cabe señalar que, respecto de 2023 y a partir de la intervención de este organismo, el hospital ha avanzado en modificaciones que favorecen la situación de NNyA que atraviesan internaciones, entre ellas, el aumento del acompañamiento durante estos procesos.

En todos los establecimientos, tanto en el ámbito privado como en el público, se identificó la ausencia de una promoción intensiva vinculada a la inclusión educativa que tiene como efecto la pérdida del ciclo lectivo de la mayoría de los NNyA que cursan internaciones prolongadas. Eso se da también en el ámbito privado; responde al mismo modelo descripto anteriormente con internaciones más breves. Tampoco se reconoce el derecho a la opinión ni al debido proceso, es decir, se violenta el principio de autonomía progresiva. Y se observa el incumplimiento del art. 26 del Código Civil y Comercial de la Nación en cuanto al consentimiento informado de NNyA.

A quince años de la Ley de Salud Mental, ha quedado demostrada la institucionalidad de los órganos de revisión, tanto a nivel nacional como en las provincias que lo han implementado, y su eficacia al conformar una bisagra entre los distintos sectores y establecer estándares que inciden en la transformación de los diversos procesos que se vienen llevando a cabo en el territorio nacional.

La intervención del Órgano de Revisión Nacional, en colaboración con las distintas provincias, fortalece la mirada de los organismos de control de derechos en el sistema sanitario e incide en el de administración de justicia.

La función del ORN es acompañar los procesos provinciales y requerir, solicitar intervenir, recomendar, monitorear, supervisar, dictaminar y controlar en proporción a la incidencia funcional, para hacer efectivo que toda persona tiene derecho a la igualdad de oportunidades.

La obligación del Estado frente a la protección de la dignidad consiste en crear esas condiciones de vida digna. Por esta razón, se expresa en su actuación un ORN atravesado por la promoción de la autonomía, la capacidad jurídica, para, desde ese lugar, incidir en la política pública para la realización de bienes que alcancen esos objetivos.

La finalidad es marcar los temas pendientes pero, al mismo tiempo, promocionar las reformas que ya están en curso, acompañando los procesos de transformación que han puesto en el país la centralidad de la persona en las políticas públicas, en la actuación profesional y en el ejercicio y disfrute de los derechos de los que las personas son titulares.[12]

Notas

1. Thomas Kuhn afirma que un paradigma es un modelo o patrón aceptado, un arquetipo de investigación que tiene vigencia por determinado tiempo. Esta vigencia está dada, en primer lugar, por su poder o capacidad para resolver o solucionar problemas dentro del campo de la investigación científica y, en segundo lugar, está dada gracias a la lucidez de pensamiento con la que se logra visualizar de manera nueva y creativa los diferentes interrogantes que se presentaban oscuros y confusos para el anterior paradigma de pensamiento.
2. Art. 3: "En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona".
3. Mecanismos de la ONU de aplicación de los derechos humanoshttps://www.escr-net.org/es/recursos/mecanismos-onu-aplicacion-derechos-humanos
4. Estas diferenciaciones no son semánticas, sino que representa un desafío de armonización normativa en cuando a los derechos reconocidos de las personas. No es posible que las mismas personas se denominen como "usuarias" bajo el modelo de salud y la convención en su extensión normativa y epistemológica refiera a personas con discapacidad psicosocial, debate inclusivo que se está gestando, del que seguramente prevalecerá la denominación que abarque más el *prius* de derecho establecido por la CDPD.
5. Artículo 19 CDPD. Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:
   Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.
   Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta.
   Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.
6. La resolución SE N°15/14 sobre muertes en instituciones monovalentes; Resolución SE N° 17/14 sobre no uso del electroshock en todo el país que fuera receptado por el comité el Subcomité de Prevención de la Tortura (SPT) quien, como resultado de la visita que realizaró a nuestro país, en el marco del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura (OPCAT), contra la tortura, mal trato y trato degradante y le recomendó al Estado Argentino la aplicación de esa resolución en todo el territorio nacional.
7. www.mpd.gov.ar/pdf/Resolucion%20SE%2005%202015.pdf e Informe Anual 2015 del Ministerio Público de la Defensa (p. 269-279), en www.mpd.gov.ar/pdf/Informe%20Anual%202015.pdf
   Al respecto, ver Informe de Gestión 2014 del Órgano de Revisión y el Informe Anual MPD 2015 (269-279).
8. El kit de herramientas está diseñado para su uso en países de ingresos bajos, medios y altos. Puede ser empleado por diferentes partes interesadas, incluidos comités de evaluación especializados, organizaciones no gubernamentales, instituciones nacionales de derechos humanos, comisiones nacionales de salud mental, organismos de acreditación de servicios de salud y mecanismos nacionales establecidos en virtud de tratados internacionales, para supervisar la aplicación de las normas de derechos humanos y otros, con interés por promover los derechos de las personas con discapacidad.
9. La tesis de la violación del derecho a la igualdad contó con diversos argumentos y matices aportados por intervinientes. En primer lugar, sostuvieron que la diferencia de trato establecida por el legislador estaba fundada en el criterio "sexo", que es un criterio sospechoso, de los enumerados en el artículo 13 de la Constitución, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (...) El inciso segundo también manda el cumplimiento de obligaciones a cargo del Estado, al disponer que este "adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados", lo que se refiere específicamente a la adopción de medidas de discriminación afirmativa. Los grupos discriminados son aquellos que históricamente han soportado la violación de la igualdad y de otros derechos de los que son titulares, como ha ocurrido con los indígenas, los afrocolombianos, las mujeres, los miembros de la comunidad LGTBI y las personas migrantes de países pobres. Los grupos marginados, de acuerdo con la Corte, están conformados por personas de diversa condición, entre los que se cuentan aquellas que por su condición económica, física o mental se hallan en circunstancia de debilidad manifiesta, en situación de desventaja o en condición de discapacidad; quienes han sido objeto de estigmatización, discriminación y marginación; la población en circunstancia de extrema pobreza y quienes no están en condiciones de participar de los debates públicos. Sentencia C-586/16 http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/C-586-16.htm xxx

10. El camino entre la autonomía y la beneficencia ha sido el consentimiento informado, definido como un proceso mediante el cual se transforma la relación entre los actores y el investigador o el médico asume una conducta de acompañante, de portador del conocimiento que transfiere al receptor, con la finalidad de que pueda identificar riesgos y beneficios, comprender la dimensión real de su participación y finalmente asumir como propia la responsabilidad de decidir de acuerdo a sus criterios morales. En esta percepción está incluida de manera subyacente la discusión de la propiedad del cuerpo y al partir de una visión autonomista se colige que el propio sujeto es el responsable de discernir lo que quiere, lo que le conviene y, sobre todo, de decidir qué es lo bueno, que ya no tiene por qué coincidir con lo que piensa que es bueno el médico o investigador. La toma de decisiones pasó de manos del médico al paciente, de manos del investigador al sujeto de investigación, estableciéndose una relación nueva y distinta que puso en crisis el modelo paternalista de la atención y cuestionó los modelos de servicios (Pérez Batista y Suazo, 2009).
11. https://www.mpd.gov.ar/pdf/INFORMEORN24.pdf
12. Arts. 1 y 2 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Capítulo 11

La experiencia de la defensa pública en la Ciudad de Buenos Aires

Mariano Laufer Cabrera

El art. 22 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 reconoce a toda persona internada involuntariamente el derecho a designar un abogado, y si no lo hiciere, la obligación del Estado de proveer en forma subsidiaria uno desde el momento de la internación. La defensa de personas internadas involuntariamente por razones de salud mental ha sido contemplada asimismo en el art. 47 de la Ley Orgánica del Ministerio Público de la Defensa N° 27149.

La Unidad de Letrados de Salud Mental[1] fue creada por la Defensoría General de la Nación en el año 2011, a los fines de garantizar el acceso gratuito, universal e igualitario a la defensa de las personas mayores de dieciocho años de edad (sin cuestionamiento de su capacidad jurídica) que cursan internaciones involuntarias por salud mental, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y bajo el contralor de la justicia nacional civil de familia.

Capítulo 15

La internación dentro de un proceso terapéutico integral

Alberto Trimboli y Leonardo Gorbacz

Del encierro a la internación como último recurso

A lo largo de la historia, y en especial durante siglo XX, la internación psiquiátrica ha sido una de las prácticas más controversiales de la salud mental. En torno a ella se concentraron tanto los dispositivos de control social como las críticas más radicales que impulsaron las reformas posteriores. El manicomio se constituyó en la institución paradigmática en la que, bajo el pretexto de la cura o la custodia, se desplegaron formas de encierro, exclusión y disciplinamiento.

Autores como Erving Goffman (1961), en su conocido libro *Internados*, describieron los hospitales psiquiátricos como instituciones totales: espacios cerrados y autorreferenciales donde las personas eran despojadas de su identidad social, de sus vínculos y de su autonomía. De modo seme-

jante, Michel Foucault (1961), en *Historia de la locura en la época clásica*, analizó cómo la internación respondió más a lógicas de orden social y moral que a criterios clínicos, al asociar la locura con el desvío, el peligro y la improductividad.

En América Latina, experiencias críticas como las de Mauricio Goldenberg en el Hospital de Lanús fueron pioneras en señalar que el hospital psiquiátrico no debía ser considerado un espacio de salud. Por eso, él impulsó los dispositivos alternativos y con fuerte acento en la salud mental comunitaria y abrió, en la década de 1950, la primera sala para personas con problemáticas salud mental en un hospital general. En la misma línea, Franco Basaglia (1972), en *La institución negada*, lideró en Italia un movimiento de desinstitucionalización que denunció los hospitales psiquiátricos como dispositivos de violencia institucional y promovió su sustitución por servicios comunitarios.

Estas críticas no quedaron en el plano académico: fueron el sustento de un viraje internacional. La Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990) marcó un punto de inflexión en la región, al afirmar que los hospitales psiquiátricos eran ineficaces, caros y violatorios de derechos, y que debían ser reemplazados por redes comunitarias y servicios de salud mental en hospitales generales. Posteriormente, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) consolidó jurídicamente el principio de que ninguna persona puede ser privada de libertad por motivos de discapacidad y que todas tienen derecho a vivir en comunidad, con los apoyos necesarios.

En este contexto, en Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) incorporó artículos específicos sobre la internación (del art. 14 al 20) porque la historia mostraba que allí se concentraban las violaciones más sistemáticas a los derechos. Esos artículos están destinados a regular y no a prohibir, como a veces suele criticase, porque la internación es un recurso terapéutico necesario en determinadas situaciones. La norma establece que la internación debe ser un recurso excepcional, breve y clínicamente justificado, que solo puede realizarse en hospitales generales y bajo estrictos controles sanitarios, jurídicos y sociales. Al mismo tiempo,

define que la misma nunca puede sustituir la ausencia de políticas sociales ni servir como depósito de personas excluidas del sistema de vivienda, trabajo o redes familiares.

En definitiva, la incorporación de estos artículos responde a la necesidad de romper con el modelo manicomial y con la lógica del encierro y la segregación. Es necesario aclarar que, aun cuando algunos hospitales psiquiátricos hayan mejorado sus condiciones edilicias o abandonado el maltrato explícito, no hay fundamento ético, clínico ni de derechos humanos que justifique su existencia como instituciones de internación. El hospital general y la red comunitaria son hoy el marco normativo, clínico y de derechos reconocido a nivel internacional para el abordaje de las crisis en salud mental.

El manicomio y la lógica manicomial

Hablar de internación en salud mental supone necesariamente abordar la historia del manicomio y de la lógica manicomial. Los manicomios, lejos de ser solo edificios, simbólicamente representan dispositivos de segregación. Son instituciones que internan exclusivamente a personas con padecimientos mentales, apartándolas del resto de la sociedad y quitándoles el derecho a internarse en los mismos hospitales en que lo hace el resto de la sociedad en casos de cualquier otro problema de salud. Bajo distintas formas y denominaciones (hospitales psiquiátricos, colonias, asilos, comunidades cerradas, monovalentes o especializados), todas estas instituciones comparten el mismo núcleo: la exclusión de la persona de su comunidad, de sus vínculos y de la vida social, aunque esta se de en breves períodos.

Es necesario aclarar que la lógica manicomial no se define únicamente por el maltrato, las malas condiciones edilicias o el abuso explícito en los hospitales psiquiátricos, sino, además, por algo mucho más profundo: la "institucionalización" o la "exclusión" como mecanismo estructural. Esta lógica convierte la internación en una situación de encierro, muchas veces prolongado, sin fundamento científico ni ético.

Es importante remarcar que la lógica manicomial puede reproducirse también en dispositivos ambulatorios, en consultorios externos o incluso en el marco de políticas sociales, cuando la relación con la persona está organizada desde la asimetría, la desconfianza, la infantilización, la medicalización o la exclusión de la voz del usuario. Así, aunque no medie encierro físico, la lógica de la tutela absoluta y del silenciamiento puede seguir operando.

Por eso, toda institución cuya estructura física esté dedicada exclusivamente a internar personas por motivos de salud mental, aun cuando presente condiciones materiales adecuadas, proponga estancias breves y promueva un trato respetuoso, es, en esencia, un manicomio, porque reproduce la separación del resto de la sociedad y mantiene la idea de que existe un grupo humano que debe ser tratado aparte, como diferente.

El efecto no es solo clínico o asistencial, sino también simbólico: ubicar a las personas en instituciones diferentes refuerza la representación social e histórica de la peligrosidad, la incurabilidad y la diferencia. La internación en instituciones monovalentes transmite un mensaje implícito: "Estas personas no pueden compartir los mismos espacios de atención que las demás". En cambio, cuando la internación se realiza en hospitales generales, se rompe con esa marca de exclusión, se equipara la atención en salud mental al resto de las problemáticas de la salud y se reconoce a las personas como ciudadanas plenas. Pero, además, mientras estén en pie los hospitales monovalentes, es mucho más probable que los hospitales generales continúen rehusándose a proveer atención con internación, o que se limiten a hacerlo en determinados casos y, en otros, mantengan la idea de "derivación a centro de mayor complejidad". En ese sentido, urge revisar el concepto de "mayor complejidad" cuando se emplea en salud mental, ya que es diferente de otros servicios de salud en los que la tecnología juega un rol central.

Como señalaba Basaglia en 1972, "La institución psiquiátrica niega la enfermedad para afirmar la peligrosidad": en el manicomio, la persona deja de ser sujeto de derechos y pasa a convertirse en objeto de control.

En ese contexto, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 parte de esta crítica histórica: no alcanza con humanizar el manicomio, modernizar sus paredes o cambiarle de nombre. El problema no es solo edilicio, sino estructural, político, ideológico y simbólico. Por eso establece que la internación debe realizarse solo en hospitales generales, de manera breve y con controles estrictos, y que toda lógica de exclusión o de sustitución de apoyos sociales por encierro debe considerarse contraria a la ley.

Principio rector: la internación como recurso excepcional

La Ley Nacional de Salud Mental, en su art. 14, fija un piso ético y jurídico: la internación es un recurso excepcional y solo debe realizarse si ofrece mayor beneficio terapéutico que cualquier otra posibilidad en el entorno familiar, comunitario o social. Ese estándar traslada el eje del "lugar de custodia" al dispositivo sanitario de menor restricción y con mayor cantidad y calidad de apoyos. La consecuencia práctica es clara: cuando la internación es necesaria, debe llevarse a cabo en salas de salud mental de hospitales generales, integrados al resto de especialidades y no en instituciones diferenciadas.

Una pregunta que suele circular es por qué la internación debe realizarse en hospitales generales y no en los denominados "hospitales especializados". El artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) establece la inclusión plena y la no segregación como criterios rectores en la organización de los servicios de salud. De acuerdo a este mandato, la internación en hospitales generales constituye el único marco compatible con los estándares internacionales, ya que limita la hospitalización a lo estrictamente clínico, impide el desarrollo de instituciones totales y favorece la continuidad de los vínculos familiares, sociales y laborales. En consecuencia, este modelo de internación no solo asegura el respeto al derecho a la salud general, sino que también garantiza el principio de igualdad y no discriminación, al reconocer que las

personas con padecimientos mentales deben acceder a los mismos dispositivos y servicios que el resto de la población: el hospital general.

Por otro lado, los hospitales generales ofrecen una interdisciplina ampliada con clínica médica, guardia general, neurología, emergencias, laboratorio, terapia intensiva y otros servicios que son frecuentemente necesarios en crisis de salud mental, y su abordaje oportuno mejora resultados y reduce riesgos.

La ley incluye otro punto de suma importancia: el art. 15 ordena que las internaciones sean de la mayor brevedad posible, una brevedad que, además, forma parte de las lógicas de todo hospital general, donde estas duran días y muy difícilmente años, como es frecuente en los hospitales neuropsiquiátricos. Además, prohíbe prolongarlas para "resolver problemáticas sociales o de vivienda", es decir que cuando existen problemáticas del orden social, el Estado debe disponer de los apoyos necesarios específicos.

Esto desarma una realidad histórica: el encierro como "solución habitacional" o de control social. Si una institución alega que la permanencia se debe a la falta de vivienda, está vulnerando la ley: la respuesta correcta es gestionar un abanico de apoyos según las necesidades de cada persona (vivienda con diferentes niveles de apoyos, acompañamiento terapéutico, subsidios habitacionales, cooperativas, empresas sociales, emprendimientos sociales, artísticos y otras redes comunitarias), no el encierro.

Pero, además, la falta de vivienda o de redes sociales de apoyo es una realidad que muchas veces es provocada o agravada por la prolongación de las internaciones, ya que una persona con escasos recursos socioeconómicos, sometida a una larga institucionalización. suele perder su lugar de vida y sus vínculos, como producto de la misma dinámica manicomial.

El proceso de internación

En materia de derechos humanos, en el plano internacional se reconoce que la libertad personal es un derecho fundamental e inalienable. Su

restricción solo puede justificarse bajo circunstancias muy específicas y estrictamente reguladas. Básicamente, existen dos motivos admitidos en el "mundo civilizado" o, mejor dicho, en los Estados que adhieren a los tratados internacionales de derechos humanos:

1. Cuando una persona comete un delito y la privación de libertad se realiza mediante un proceso judicial con las garantías del debido proceso (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 9; Convención Americana sobre Derechos Humanos, art. 7).
2. Cuando existe una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros por causas de salud mental, lo que puede justificar una internación involuntaria como recurso terapéutico excepcional, bajo control sanitario y judicial. (ONU, Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 35, 2014).

De allí la importancia de controlar las internaciones en salud mental: aun cuando tengan una finalidad terapéutica, implican una privación de libertad que afecta un derecho humano fundamental (CIDH, 2019). Si no se establecen límites claros, pueden transformarse en prácticas de exclusión social, más que en un recurso clínico.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 recoge esta perspectiva al señalar que no toda persona con padecimiento mental debe ser internada para recibir tratamiento. De este modo, el Estado asume la obligación de garantizar una amplia red de dispositivos comunitarios y ambulatorios, para que la internación se utilice únicamente cuando sea indispensable.

En este sentido, el Capítulo VII de la Ley Nacional de Salud Mental establece un conjunto de garantías sanitarias y procesales que regulan las internaciones y que constituyen uno de los núcleos más importantes e innovadores de la norma. Su objetivo es evitar que la internación –un recurso clínico siempre restrictivo– se transforme en una práctica de encierro arbitrario, innecesario o prolongado. Lo sintetizamos en el siguiente cuadro:

Garantías de internación (Artículos 16 a 19 - Ley N° 26657)

Artículo	Requisito principal	Objetivo	Garantía de derechos
Art. 16	En cuarenta y ocho horas debe constar evaluación interdisciplinaria; firma de dos profesionales (uno psicólogo o psiquiatra); diagnóstico integral; motivos de la internación; búsqueda de datos de identidad; consentimiento informado.	Asegurar la fundamentación clínica y legal desde el inicio de la internación.	Derecho al consentimiento informado y al enfoque interdisciplinario de la decisión.
Art. 17	Cuando no haya datos familiares o identidad, la institución debe colaborar en la localización y propiciar el retorno comunitario.	Favorecer el reintegro de la persona a su entorno familiar y social.	Derecho a la identidad, a los vínculos y a la vida comunitaria.
Art. 18	En internaciones voluntarias mayores de sesenta días, notificación obligatoria al Órgano de Revisión y al juez. Si es por causas sociales, inclusión en programas y externación.	Evitar: 1) Internaciones prolongadas por encubrimiento de problemáticas sociales. 2) Falsos consentimientos o consentimientos inválidos	Derecho a que el consentimiento sea válido y la internación sea breve, controlada y nunca por falta de vivienda o apoyos.
Art. 19	Sanciones civiles y penales por consentimiento obtenido con dolo o por incumplimiento del deber de informar.	Responsabilizar a profesionales e instituciones por prácticas abusivas.	Derecho a la reparación frente a violaciones y a la protección judicial efectiva.

La internación involuntaria: controles, derechos y excepcionalidad

La internación involuntaria constituye uno de los puntos más delicados en el campo de la salud mental, porque involucra una tensión directa entre la obligación del Estado de brindar atención sanitaria adecuada y el derecho fundamental a la libertad personal.

Mientras en Argentina algunas voces sostienen falsamente que la ley no permite internar sin consentimiento de la persona, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas ha cuestionado que nuestro país consienta las internaciones involuntarias y ha requerido que toda internación sea con consentimientos, proveyendo los apoyos que sean necesarios en ese proceso.[1] Está claro que, si se modificara la ley para flexibilizar los controles en las internaciones involuntarias o para volver a judicializar la decisión (como pretenden algunos), se estaría incumpliendo gravemente la Convención, que tiene jerarquía constitucional en Argentina.

Como hemos mencionado en capítulos anteriores, a lo largo de la historia las internaciones han sido utilizadas muchas veces no como recurso terapéutico, sino como herramienta de control social y de exclusión. En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 señala un cambio de paradigma, al introducir un marco normativo que enumera con claridad las condiciones bajo las cuales una persona puede ser internada sin su consentimiento.

Los artículos 20 y 21 conforman el eje central de este proceso. Ambos establecen los criterios clínicos, los requisitos sanitarios y los controles judiciales que deben cumplirse para que la internación involuntaria no derive en una forma de internación arbitraria o innecesaria.

El artículo 20 incluye el principio de que la internación involuntaria es un recurso terapéutico excepcional, admisible únicamente cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios y exista una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Esto introduce un giro fundamental en la práctica clínica: el diagnóstico psicopatológico o la cronicidad ya no constituyen, por sí solos, una causa justificada de internación.

El artículo añade condiciones estrictas:

- **Dictamen interdisciplinario.** Firmado por dos profesionales de distintas disciplinas (uno de ellos, psiquiatra o psicólogo), sin conflictos de interés con la persona.
- **Ausencia de una alternativa eficaz.** Se deben haber explorado apoyos y posibilidad de tratamientos ambulatorios y comunitarios.
- **Informe de instancias previas implementadas, si las hubiera.** Para documentar que la internación es la última alternativa disponible o que la situación no admite otras opciones.

Desde el punto de vista clínico, esto obliga a fundamentar la internación con criterios objetivos y verificables, evitando decisiones unilaterales o sustentadas en prejuicios o para beneficio de terceros.

Es por eso que la idea de que las familias tengan poder de decisión sobre las internaciones es absolutamente inviable, porque el conflicto de interés puede ser manifiesto. Eso no implica que no se las escuche o no se tenga en cuenta la información que aportan en el proceso de evaluación de una crisis.

Riesgo cierto e inminente para sí o para terceros

Sabemos que la expresión "riesgo cierto e inminente para sí o para terceros" del artículo 20 de la ley 26657 suele prestarse a interpretaciones erróneas o malintencionadas. No son pocos los profesionales del sistema de salud (tanto en el ámbito público como privado, en especial en servicios de guardia, emergencias domiciliarias o en intervenciones en la vía pública) que creen que este artículo les impediría disponer una internación si la persona no se encontrara en el momento mismo de atentar contra su vida o de agredir a otra.

Sin embargo, esta no es la lectura adecuada. El artículo no exige que la consecuencia negativa del riesgo sea segura ni que el hecho dañino por causas de salud mental esté ya en curso (por ejemplo, un intento de suicidio en ejecución o una agresión ya consumada hacia otras personas). Lo que debe ser cierto e inminente es la situación de riesgo, entendida como una probabilidad clínicamente fundada de que ocurra un desenlace dañino en un horizonte temporal próximo.

El riesgo nunca equivale a certeza del resultado, sino que se expresa en términos de probabilidades (baja, media o alta), construidas a partir de la integración de indicadores clínicos, antecedentes personales, condiciones sociales y de redes de contención, la evaluación del estado actual de crisis. En este sentido, el equipo interdisciplinario no puede (ni debe) garantizar con un 100 % de seguridad que ocurrirá un desenlace negativo. Lo que sí debe hacer es una evaluación fundamentada del grado de riesgo, para determinar si corresponde adoptar una internación involuntaria como recurso terapéutico excepcional.

En este sentido, la ley no pone en tela de juicio la idoneidad técnica de la evaluación clínica del equipo profesional, sino que busca restringir el uso de la internación involuntaria a los casos donde el riesgo, evaluado como probable y cercano, justifique la decisión y donde no existan alternativas ambulatorias eficaces. La finalidad del artículo no es prohibir o dificultar las internaciones, sino, precisamente, evitar las innecesarias, para asegurar que la excepcionalidad esté debidamente documentada y controlada.

Es necesario aclarar que, cuando una persona se encuentra atravesando una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, el equipo profesional de salud no solo puede, sino que está obligado a disponer la internación en forma involuntaria y sin consentimiento. En ese momento, la decisión es estrictamente clínica y sanitaria, sustentada en la evaluación interdisciplinaria, y no requiere la consulta previa ni la autorización del juez, de la familia ni de la propia persona. La ley establece que la protección de la persona o de terceros prevalece en ese instante crítico, y que la notificación a la justicia y al Órgano de Revisión debe realizarse

de manera inmediata en los plazos previstos, pero nunca como condición previa para actuar.

Vale también destacar que, en tanto la evaluación es interdisciplinaria, deben tenerse en cuenta no solo los síntomas clínicos, sino también los antecedentes y las redes sociales y familiares de la persona, ya que dos personas con idéntica sintomatología pueden requerir medidas terapéuticas diferentes en virtud de contar con redes de sostenimiento distintas.

Garantías, notificación temprana y control externo

El artículo 21 establece el procedimiento que debe realizarse en la internación involuntaria, definiendo los plazos y responsabilidades de notificación y control. Se trata de una de las disposiciones más importantes de la ley 26657, ya que coloca el eje en el control judicial inmediato y en la supervisión externa independiente, limitando el poder de decisión exclusivo de las instituciones de salud mental.

La ley dispone que toda internación involuntaria debe notificarse al juez competente y al Órgano de Revisión dentro de las diez horas de realizada. Esto evita que la persona quede aislada en una institución sin control externo, como ocurría históricamente en el sistema manicomial.

En un plazo máximo de cuarenta y ocho horas, deben adjuntarse las constancias exigidas en el artículo 20: dictamen interdisciplinario, acreditación de riesgo cierto e inminente, ausencia de alternativas ambulatorias y registro de intentos previos.

El juez, en un máximo de tres días corridos, tiene tres opciones:

- Autorizar la internación, si se cumplen las causales previstas.
- Solicitar informes ampliatorios o peritajes externos, siempre que no afecten el tratamiento.
- Denegar la internación, si considera que los requisitos no están completos, en cuyo caso debe ordenar la externación inmediata.

El artículo aclara que el juez solo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria si el servicio de salud se negara a realizarla pese a habérsele indicado a partir de una evaluación interdisciplinaria, cumpliéndose los requisitos establecidos en el artículo 20. De este modo, se evita judicializar la clínica, al tiempo que se garantiza que ninguna persona quede desprotegida por cuestiones institucionales o de déficit en su cobertura. Así, el juez se ubica en el lugar de garante de los derechos de la persona y no como sustituto del equipo interdisciplinario de salud mental

En la práctica clínica, esta disposición significa que, cuando existe riesgo cierto e inminente, los equipos de salud mental pueden actuar en la urgencia sin pasos burocráticos previos, como exigía el viejo Código Civil, pero luego deben justificar y documentar la decisión de internar para que sea validada por el juez. Se conjugan así dos lógicas: la urgencia sanitaria inmediata y el control judicial posterior, que protege el derecho a la libertad.

La experiencia de estos años muestra que la enorme mayoría de las internaciones son autorizadas por los jueces, y las evaluaciones externas también suelen convalidarlas, aunque muchas veces con sugerencias o recomendaciones orientadas a una mejor garantía de derechos. Las resistencias que se dieron por parte de las instituciones cuando el mecanismo recién empezaba a funcionar han ido cediendo. Además, es muy posible que la sola existencia de un mecanismo de control actúe preventivamente, ya que quien sabe que será fiscalizado actúa con mayor diligencia que quien no debe someterse a ningún escrutinio externo.

Defensa jurídica y control

El artículo 22 establece que toda persona internada involuntariamente tiene derecho a un abogado desde el inicio de la internación, ya sea con un letrado de su elección o, en su defecto, uno designado por el Estado. Esta previsión resulta central porque incorpora al ámbito sanitario la denominada garantía del debido proceso, tradicionalmente asociada al derecho

penal, asegurando así que la internación (que no deja de ser una privación de libertad por motivos de salud mental) no quede fuera de los estándares jurídicos generales.

El defensor no solo tiene la función de verificar la legalidad de la internación y el respeto de los derechos de la persona internada, sino que además está facultado para oponerse a la medida y solicitar la externación en cualquier momento, cuando lo considere pertinente, de acuerdo a la voluntad y preferencias de la persona. De este modo, el artículo adquiere una relevancia fundamental, pues garantiza que la decisión del equipo de salud no sea unilateral ni se prolongue de modo indefinido, sino que permanezca siempre sujeta a un mecanismo de control jurídico permanente.

Este artículo ha recibido (y continúa recibiendo) críticas de parte de ciertos sectores profesionales y de autoridades de hospitales monovalentes que históricamente se han mostrado reticentes a la supervisión externa. Tales cuestionamientos suelen centrarse en la intervención de abogados en el proceso de internación involuntaria, percibida por algunos como una intromisión en el ámbito clínico. Sin embargo, estas críticas desconocen que los defensores no actúan de manera aislada ni ajena a la práctica asistencial: son asesorados por equipos interdisciplinarios especializados, mantienen contacto directo con la persona internada y dialogan con los profesionales tratantes, tomando en consideración la historia clínica y la situación terapéutica.

Por otra parte, es necesario entender que el abogado defensor no es quien decide, sino que es un eslabón necesario en todo proceso judicial para garantizar que el punto de vista de su defendido sea oído y tenido en cuenta. Sería irrazonable que una persona procesada por un delito pudiera tener un abogado que defendiera su inocencia, pero una persona sometida a una internación involuntaria que no ha cometido ningún ilícito no tuviera ese derecho.

De este modo, lejos de constituir un obstáculo, la defensa técnica se integra como una garantía adicional para evitar arbitrariedades, reforzando la legitimidad de las decisiones y la protección efectiva de los derechos de las personas internadas.

En relación con el equipo de abogados defensores –conformado a nivel nacional en la Unidad de Letrados prevista en el artículo 22–, retomaremos su análisis más adelante, tanto respecto de las personas adultas como en lo que refiere a niños, niñas y adolescentes.

El alta, la externación y los permisos de salida

Ya que esto no siempre resulta evidente para los equipos de salud mental ni para ciertos sectores del ámbito judicial, es importante subrayar que el alta, la externación y los permisos de salida son competencia exclusiva de los equipos interdisciplinarios de salud mental, sin que se requiera autorización judicial previa, salvo que se trate de medidas vinculadas al artículo 34 del Código Penal (medidas de seguridad para inimputables).

Asimismo, la norma establece la obligación de externar a la persona o transformar la internación en voluntaria en el momento en que cese la situación de riesgo cierto e inminente. De esta manera, se garantiza que la misma no se prolongue más allá de lo estrictamente necesario y se evita que la inercia institucional perpetúe la hospitalización de una persona cuya crisis ya ha sido superada.

Antes de la sanción de la ley, muchas personas veían prolongar sus internaciones porque no estaba en poder del equipo de salud otorgar el alta, sino que se requería autorización judicial previa. La autorización muchas veces se demoraba o no llegaba, ya fuera por temas burocráticos o porque los jueces solicitaban a los profesionales del sistema sanitario garantías de buena conducta a futuro, como si alguien pudiera asegurar tal cosa. Claramente, un sistema basado en la presunción de peligrosidad confinaba al manicomio a personas que quedaban condenadas de por vida, aun estando en condiciones de alta, por el solo hecho de tener el antecedente de una crisis.

Este principio, como se ha mencionado, se encuentra en plena sintonía con la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), que subraya la necesidad de sustituir el modelo manicomial por redes comunitarias y de

asegurar que las internaciones se realicen únicamente cuando resulten indispensables, en hospitales generales y por el tiempo mínimo necesario.

En los casos de internaciones involuntarias, el juez debe solicitar informes cada treinta días para revisar si persiste el riesgo que la justificó en su momento. Luego de noventa días, debe requerir una evaluación por un equipo interdisciplinario independiente, de preferencia, externo al servicio tratante. En caso de discrepancia, la ley ordena optar siempre por la decisión menos restrictiva de la libertad.

El art. 25 agrega que, a los siete días de la internación involuntaria, el juez debe dar parte al Órgano de Revisión.

Niños, niñas y adolescentes y personas declaradas incapaces

El artículo 26 de la ley establece que las internaciones, en el caso de personas menores de edad o declaradas incapaces, se rigen por las mismas garantías emanadas en los artículos 20 al 25, sumando la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño y la legislación nacional de protección integral. De esta manera, la ley reconoce la doble vulnerabilidad de niñas, niños y adolescentes y refuerza la obligación estatal de aplicar siempre el interés superior de los mismos.

Suele decirse que las internaciones en NNyA son siempre involuntarias, lo que es inexacto. Una internación de un adolescente puede ser voluntaria o involuntaria, pero el mecanismo de control que se aplica es el mismo que se emplea en las internaciones involuntarias de personas mayores de edad.

El articulo 27 prohíbe la creación de nuevos manicomios o neuropsiquiátricos monovalentes, sean públicos o privados, y agrega que los existentes deben adaptarse y avanzar hacia la sustitución definitiva por dispositivos alternativos. Es importante destacar que, según este artículo, esta adaptación debe realizarse sin reducción de personal ni pérdida de derechos laborales de los trabajadores.

Este articulo adquiere una gran importancia simbólica y sanitaria, ya que explicita que la lógica de la segregación no debe seguir reproduciéndose y obliga a construir una red de dispositivos comunitarios y crear camas en hospitales generales.

Los hospitales generales y la no discriminación

Ya nos hemos referido ampliamente a la importancia de que la ley establezca que todas las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. La ley incluye ese postulado en su artículo 28.

Ese mismo artículo prohíbe que las personas sean rechazadas en los hospitales generales por presentar problemáticas de salud mental y establece que tal negativa constituye un acto discriminatorio, en los términos de la ley N° 23592. La norma rompe con el paradigma asilar y manicomial y la lógica de la exclusión del diferente, al reconocer que la atención de la salud mental es parte del sistema de salud general.

La exigencia del hospital general rompe con la lógica del "paciente aparte" y envía un mensaje cultural y político: la salud mental forma parte de la salud integral y no constituye un circuito separado.

Es preocupante que, en el debate público y profesional, solo suele ponerse el foco en la crítica a los hospitales monovalentes por ser dispositivos de exclusión. Sin embargo, es igualmente necesario interpelar a los hospitales generales que, en muchos casos, continúan rechazando a personas con problemáticas de salud mental.

Si bien en la última década se han abierto camas en hospitales generales, aún persisten prácticas de rechazo y de derivación automática hacia hospitales psiquiátricos, lo que genera una realidad que nos lleva a un círculo vicioso que perpetúa la discriminación. En efecto, si el hospital general niega la atención a personas con padecimientos mentales y con problemáticas de consumo, la consecuencia directa es el reforzamiento de la permanencia del hospital monovalente como único recurso disponible para la internación, lo que reproduce el circuito de exclusión que la ley busca superar.

Debemos resaltar que, antes de la ley, era práctica habitual y natural que los hospitales generales rechazaran a pacientes con crisis de salud mental y los derivaran automáticamente a hospitales psiquiátricos monovalentes. Esta práctica, además de reforzar la segregación, generaba violaciones al derecho a la salud y a la no discriminación, una situación que fue denunciada en múltiples informes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2019).

La obligación de los efectores públicos y privados

El artículo 6 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 establece que todos los servicios y efectores de salud, tanto públicos como privados, cualquiera sea su forma jurídica, deben adecuarse a los principios de la norma. Esta disposición es clave, porque aclara de manera explícita que la ley no se dirige únicamente al sistema estatal, sino también al privado y a la seguridad social (obras sociales y prepagas).

En la práctica, muchos actores del ámbito de la salud han interpretado que la responsabilidad de garantizar los derechos consagrados en la ley recae exclusivamente en el Estado. Esto ha generado un desbalance estructural: mientras se exige que los hospitales públicos abran salas de salud mental, conformen equipos interdisciplinarios y avancen en la sustitución de los hospitales monovalentes, el sector privado ha quedado en gran medida exento de tales exigencias y funciona como si la ley no le aplicara plenamente.

El artículo 6 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 deja en claro que la transformación en salud mental no puede limitarse al sector público. El sistema privado de salud (clínicas, sanatorios, prepagas y obras sociales) tiene la misma obligación legal de crear salas de salud mental en sanatorios, clínicas y hospitales generales, garantizar guardias interdisciplinarias, contar con consultorios externos y desplegar redes comunitarias. Ignorar esta responsabilidad significa mantener un sistema desigual,

en el que ni siquiera quienes pagan cobertura acceden a los derechos reconocidos en la ley.

El incumplimiento de estas obligaciones constituye una forma de discriminación estructural, ya que limita derechos a quienes acceden a la salud privada a través de prepagas o de la seguridad social. Habitualmente se denuncia la violación de derechos en los sectores más vulnerables que dependen del sistema público, pero también se vulneran los derechos de quienes pagan una cobertura privada y, aun así, no acceden a servicios de salud mental de calidad y en igualdad de condiciones.

Nota

1. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Argentina.