

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES	4
OBJETIVOS.....	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
MARCO TEÓRICO.....	6
CAPITULO I: DESARROLLO HISTÓRICO	6
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES LEGISLATIVOS.....	23
CAPÍTULO III: CONTRATO SOCIAL, LA LEY Y EL DERECHO POSITIVO ..	28
CAPÍTULO IV: LEY DE SALUD MENTAL	63
ENCUADRE METODOLÓGICO	76
ANÁLISIS DE DATOS.....	78
CONCLUSIÓN.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	89

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo hacer un aporte a la ley sobre salud mental en la Provincia de Córdoba, que habiendo sido promovida por el Poder Ejecutivo fue debatida en el seno de la Unicameral legislativa con el número de expediente numero 4599/E/10.

La nueva ley, instala la puesta en debate de un instrumento legal que apunte a consolidar una política de Estado en torno a la salud mental en la Provincia, abriendo la posibilidad concreta de contar a partir de su aprobación, con una herramienta que no solo represente poner en vigencia una ley que tenga en consideración los diferentes aspectos de la problemática de la salud mental, sino también que signifique una verdadera garantía del pleno ejercicio del derecho al acceso a la salud mental para todos y cada uno de los habitantes en la Provincia de Córdoba.

La necesidad de plantearse el mejoramiento del acceso a la atención en salud mental como función esencial de la legislación aparece como cuestión fundamental para la cristalización de una plena vigencia de las garantías constitucionales dentro del ordenamiento jurídico nacional y provincial, como así también de Tratados, convenios, y principios internacionales referidos a la salud mental y los derechos humanos.

Es a partir de estas consideraciones, que este trabajo final de graduación esta dentro del criterio de investigación documental critica que intenta esbozar a modo de aporte y ampliación, algunas cuestiones que tienen que ver con las garantías de aplicabilidad concreta de la ley al momento de su aprobación y por tanto, las implicancias que pueden tener respecto al verdadero acceso a la salud mental por parte de los ciudadanos de Córdoba.

En la primera parte del presente trabajo se detalla:

a) El porqué de abordar la necesidad de incluir en el articulado de la propia ley provincial, procedimientos y modalidades que conducen a su cumplimiento efectivo.

b) Una revisión acerca del contenido de los distintos Tratados, convenios, Declaraciones y Principios en el ámbito del Derecho internacional, y de la Constitución Nacional Provincial, legislaciones vigentes actualmente en nuestro territorio que dan sustento al derecho de las personas al acceso a la salud mental y su factibilidad de cumplimiento efectivo. Así también un recorrido histórico por los imaginarios sociales, ideas y producciones de diversos autores que abordan la temática de las instituciones psiquiátricas desde concepciones diversas. Por último una mirada, reflexión y aporte sobre el posicionamiento y compromiso que debe generarse desde la profesión de un psicólogo en la aplicación de la nueva norma.

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

Es necesario advertir que no se cuentan con estudios previos sobre este tema en particular, que permitan abonar de diferentes manera la temática encarada, sino que por el contrario, se hace necesario construir una propuesta sobre la base de principios, declaraciones y antecedentes legislativos que operen a modo de una definición ideológica de los aspectos estructurales que posicionen el espíritu del presente trabajo. El objetivo de la propuesta es efectuar un aporte al proyecto promovido por el Poder Ejecutivo Provincial y aprobado en el parlamento provincial. Consiste en la incorporación de artículos que le impriman al texto de la ley, una expresa garantía de cumplimiento a partir de su aprobación. Son las coincidencias en cuanto al contenido de la norma, que movilizan la generación de este trabajo.

La necesidad de abordar una ampliación de la ley en cuestión, está ligado a que el proceso que lo transformó en ley, no sea solo la coronación de un proceso legislativo que quede sin efecto alguno sobre la comunidad, y al resguardo de la realidad, por su falta de operatividad concreta, sino que su fuerza operante se vea promovida desde el mismo artículo que la conforma. En otras palabras que sea la propia ley la que contenga en su seno, el germen jurídico de su propia implementación, lo que en consecuencia termine siendo la garantía palpable de “ponerla en situación” y como herramienta fundamental que abra las puertas a la comunidad para ejercer su derecho a la salud mental.

El antecedente de Portugal en lo relativo a la legislación de salud sirve a modo de ejemplo. Es en este país donde expresamente se prevé en la ley sobre salud mental, la puesta en funcionamiento de una comisión a la cual se le encomienda la tarea de reunir y analizar la información correspondiente a la aplicación de la ley y propone al gobierno las medidas que se consideren necesarias para la implementación de la legislación. Este abordaje formaliza la supervisión dentro de la ley misma. Desde aquí se intenta asegurar que se

lleven a cabo su evaluación continua como así también, el proceso de retroalimentación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar críticamente y hacer aportes a la ley provincial N° 9848 de salud mental sobre los organismos de control de aplicación y ejecución de la ley.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar si la ley actual garantiza el derecho de las personas que residen en la provincia de Córdoba al acceso real y efectivo a la salud mental.
- Estudiar qué medidas de control establece la ley para garantizar su cumplimiento y aplicación.
- Plantear el aporte que se puede generar desde la profesión del psicólogo para producir la legitimación de la ley en el actuar cotidiano.
- Reflexionar críticamente sobre la viabilidad de implementación en la provincia de Córdoba, en función de antecedentes previos a nivel nacional.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I: DESARROLLO HISTÓRICO

La historia de la enfermedad es tan antigua como el hombre mismo. Desde las primeras civilizaciones los seres humanos se han preguntado en forma continua sobre la noción o la idea acerca de la enfermedad. Sin embargo no existen demasiados estudios históricos, principalmente en nuestro país, que traten el tema de la enfermedad en general o de la salud mental en particular.

La vida y la muerte, la vitalidad y la enfermedad, las degeneraciones y sus males, son algunos de los tópicos que organizan un tema principal sintetizado con el término *salud*. Cuando sale de marcos privados y abarca el conjunto de la sociedad, la salud adquiere una dimensión pública que requiere de un vital involucramiento del Estado, básicamente, para plantear soluciones a sus problemas. Más recientemente sanitaristas sociólogos, economistas, y planificadores la han tomado como eje de sus estudios.

Si bien algunos enfoques elegidos, no son actualizados en los modos de “construir historia”, los datos que aportan, ensanchan la descripción del mundo de la atención de la enfermedad mental en la República, en los últimos cien años.

Es por esto que se considera importante abordar el problema de la salud mental y la institucionalización, puesto que, a través del tiempo, persiste en el imaginario social el prejuicio de peligrosidad y, en consecuencia, el confinamiento de los enfermos mentales en Instituciones Psiquiátricas para su contención, tratamiento y para preservar el orden social.

“Esta idea de peligrosidad se sostiene en el fundamento de las prácticas que se implementan con el internamiento

asilar y la idea de asociar el tratamiento con el aislamiento y la segregación social. Se funda así una trilogía: El juicio de peligrosidad, la necesidad de control y vigilancia asilar, la idea de irreversibilidad y cronicidad. Estos tres aspectos cierran el círculo trágico del internamiento manicomial”_ Amico (2004.p.5)

Es en el campo de la enfermedad mental, donde se pueden encontrar otro de los retos o tensiones actuales. La sociedad moderna, urbana, técnica, organizada y escolarizada, se ha convertido en intolerante, sin capacidad de integrar a aquellos que no han sabido acomodarse al modelo estricto que la sociedad autoritariamente determina. Los tiempos modernos y post-modernos son arbitrarios respecto a los trastornos psíquicos, provocando inéditas patologías como los ataques de pánico, ansiedad, entre otros. Nuestra sociedad tiene el peligroso privilegio de dar nacimiento, incluso en razón de su naturaleza, a trastornos psíquicos que la sociedad arcaica de tipo rural jamás provocó.

La política actual, ha tomado la prestación de la asistencia sanitaria como uno de los pilares básicos del bienestar de sus ciudadanos. Los actuales sistemas de asistencia sanitaria plantean inconvenientes relacionados con la equidad y la justicia distributiva. Ante ello, se ha planteado el nacimiento de una nueva disciplina, la bioética, con el fin de intentar reflexionar y avanzar en la resolución de los problemas cada vez más complejos de una sociedad que obliga a un debate continuado en búsqueda de un conjunto de legislaciones que reflejen esa heterogeneidad social, donde las diferentes opiniones, religiones, vivencias y situaciones, generen un debate continuo en búsqueda de una mejor legislación para el ejercicio de los derechos de los ciudadanos, que además podría denominarse, el derecho a la salud , comprendiéndose ésta, como un estado de equilibrio con el tecnificado medio físico y social.

“Las instituciones sociales tienen por función regular las relaciones entre los hombres. Instituir es poner un tutor por medio del cual se mantiene erguido, ordenado,

cohesivo, aquello que sería fragmentado e incontrolable”
García Reynoso (1991p.89).)

Las instituciones, en salud, como en otros sectores, poseen una evolución teórica y práctica, marcada por el fundamento ideológico y político. La institución de salud se inscribe en un sistema de conocimientos y de procedimientos: organiza como oferta una demanda social que no es realmente observable sino que reproduce la distribución de recursos basada en la desigualdad social. La institución de salud, bajo un discurso técnico, normatiza esa distribución de manera muda, dando una razón técnica a lo que en verdad es una razón política. Reynoso (1991).

Existen diferentes “miradas” de la realidad institucional en el campo de la salud. Para Volnovich, (Médico Argentino, psicoanalista de larga trayectoria refiriéndose a los hospitales) la institución es el lugar donde transita la palabra reprimida, o sea el lugar de las cosas no dichas o dichas a medias, lo que lo lleva a definir a la institución como un Discurso. Como todo discurso, aparece como el lugar de la emisión de mensajes del otro y la recepción del propio, esta transmisión debe ser pensada en un sentido polifónico es decir como caja de resonancia de todas las sonoridades que producen subjetividad. El discurso institucional esta presente en todo lugar, en los corredores y bares del hospital, en las casas de los empleados que lo conforman y porque no también en los sueños de estas personas. (Volnovich 1991).

En 1964 F. Guatari presenta un informe donde asegura que en toda existencia se conjugan dimensiones deseantes, políticas, económicas, sociales e históricas y alerta sobre la psicologización de los problemas sociales expresando que los padecimientos tanto individuales, como rupturas familiares o crisis institucionales, no se pueden pensar descontextualizados del universo social que los rodea.

Es decir, las organizaciones, y el hospital entre ellas, son recortes de la estructura social donde la coacción, la cooperación, la competencia y el conflicto forman parte de una dinámica específica y a la vez son atravesados

por determinantes más amplios de la comunidad en que se construye de forma conjunta.

Con el desarrollo de la revolución industrial, el positivismo, consolida la visión del empirismo de que la fuente del conocimiento es la experiencia sensorial. La escuela positivista cuyo fundador fue Augusto Comte (1789-1857) valida la percepción mediata que se obtiene no ya por los sentidos, sino recurriendo a registros y mediciones instrumentales. El positivismo rechaza la posibilidad de sustentar en la razón primera de los fenómenos y se detiene a establecer las relaciones de causa efecto con el fin de formular leyes. Lo metafísico, lo ético, lo teológico son desconocidos porque no pueden comprobarse empíricamente.

El positivismo es agnóstico y laicista por definición, confía en el progreso de la humanidad mediante el desarrollo de la ciencia y la técnica, la investigación y la razón son sus fundamentos. La medicina en ese contexto de pensamiento, investiga en campos de la física, la matemática, la química, la biología y emergen tratamientos, curas y procedimientos que incrementan la calidad de vida de las personas, es la era de las especialidades y la bacteriología. Si en la época de Hipócrates el arte de la medicina fue la “clínica” de acompañamiento al lado de la cama del enfermo, en el medioevo se convierte en una medicina de bibliotecas y una medicina de hospitales, en el Iluminismo, con el positivismo, se transforma en una medicina de laboratorio.

A mediados del siglo XIX otras teorías ayudan a definir el perfil de la medicina como son la teoría de la evolución y la teoría genética con sus reglas.

“Con Darwin, las Ciencias Naturales alcanzan la altura de la gran ciencia que permite explicar todo el devenir no solo de la botánica y la zoología sino de lo humano y social. Esta interpretación iluminó todo el pensamiento de la época” Tito (2004 p. 114).

Es a partir desde el siglo XVIII y sobre todo durante el siglo XIX , llegando hasta la primera guerra mundial, a principios del siglo XX, cuando se produce una definitiva ruptura con el antiguo saber e inicia una nueva y revolucionaria etapa.

*“La creciente estimación de la vida terrena, rasgo característico de los siglos modernos, da lugar a una importante mutación en la consideración de la vida, la muerte y la enfermedad. Frente al pensamiento medieval, surge ahora el ansia de vivir sobre la tierra y la conciencia de que el arte de dirigir la vida puede llevar hacia este fin”.*Goberna Tricas (2003 p25).

Los siglos XVIII y XIX pueden ser considerados por la relevancia del discurso racional. La defensa de la salud se adapta ajustadamente al proyecto racional moderno. Se va introduciendo una visión optimista en el progreso humano ilimitado que puede llevar a derrotar la enfermedad, se apuesta a una política sanitaria universal en favor de la salud. Los estados nacionales y burgueses participan cada vez más en la vida pública y a través de ella en la vida privada, la ciencia y la técnica se muestran más capaces de dominar el mundo circundante.

Los años posteriores a la revolución francesa vieron originarse dos grandes mitos: el de una profesión médica nacionalizada, organizada a la forma del clero, investida de poderes semejantes a los que este posee sobre las almas y el mito de una desaparición social de la enfermedad en una sociedad sin pasiones y sin alteraciones. Al respecto se sostiene:

“... un nuevo pensamiento surgirá en los pensadores del siglo XIX, la sustitución de un progreso indefinido por la doctrina de un estado final de la historia en el cual la humanidad llegaría a la plena posesión de su naturaleza propia....se aspira a la curación de las enfermedades, la prevención del enfermar y un saber científico acerca de lo que es el hombre, la medicina es una ciencia social y la medicina no es otra cosa que la política a gran escala” Armus (2005 p. 10).

El pensamiento desarrollado en el Río de la Plata en la época de la constitución del Estado Nacional, (1880-1910) tiene su inicio en una

multiplicidad de factores que se encuentran vinculados con ideas y situaciones provenientes de Europa como también el impacto y adhesión que las mismas tuvieron en las Américas. Por ese tiempo, los pensadores positivistas argentinos pueden agruparse según la opinión de Conti, de la siguiente forma:

“...están por un lado los que responden a una matriz comteana los cuales quedan mas ligados a la actividad pedagógica.... por otro lado tenemos al grupo universitario de matriz spenceriana que funda su credo en el biologismo y el evolucionismo, sus hombres mas destacados se dedican a la psiquiatría y a la psicología. Su proyecto intelectual consistió en interpretar los fenómenos históricos y sociales con los principios de las ciencias naturales y desde esa perspectiva brindar los instrumentos necesarios para resolver los problemas que se planteaban.” Conti (2004. p21).

El problema principal a resolver por estos pensadores positivistas es el incremento marcado de la población urbana, sobre todo por los efectos negativos de la misma, que se expresan bajo las formas de hacinamiento, marginalidad, delincuencia y locura. En esa Argentina en construcción intelectual surgen pensadores capaces de concretar un diseño de estado por medio de un diagnóstico de los males sociales y una terapéutica correctiva adaptada, así, las respuestas políticas que sugieren son: El desarrollo de un dispositivo de higiene urbana que aumente la salud pública, la promoción de instituciones y normas que ordenen y regulen los vínculos sociales de producción y el desarrollo de instrumentos jurídicos e instituciones penales en ajustes a las doctrinas de la criminología positivista.

Argentina se modifica radicalmente desde mediados del siglo XIX. Desde el punto de vista político, se logra el reconocimiento de una autoridad nacional aceptada y legitimada por las provincias superando los conflictos entre las regiones del Río de la Plata, el estado se organiza tomando un protagonismo progresivo en la construcción histórica. Se incrementan las

probabilidades económicas y el país se integra a los mercados internacionales como generador de bienes primarios, carne y cereales serán los factores de un crecimiento duradero. Esta expansión económica requiere de mano de obra que la ponga en marcha, cambia entonces la característica de país con el ingreso de miles y miles de inmigrantes europeos. La inmigración masiva modifica la ciudad, los modos de vida pero además se inician los problemas que acompañan la modernización. Armus (1996)

LA ENFERMEDAD MENTAL

Realizando un avance en el tiempo, podría decirse que antes del conocimiento de los abordajes terapéuticos que se produjeron alrededor de 1960, en la Argentina se tenía una noción difusa en torno a enfermedad mental. Los cambios políticos en el transcurrir de los días transformaron cualitativamente las ideas, las prácticas y además lo que pensaba la población de la enfermedad mental. Una investigación desarrollada por encuestas en 1959 por Floreal Ferrara y colaboradores muestra que la mayoría solo tomaba como “enfermedad mental” lo que podría clasificarse como una conducta psicótica violenta y agitada. Al respecto se afirma:

“La población en su mayoría desconocía a los psiquiatras. Una de cada dos personas nunca había tenido ocasión de conocer a alguien que hubiera sido tratado por un psiquiatra... el nivel de prejuicio desembocó en que 62 de cada 100 personas les desagradaría tener como vecino a un ex enfermo mental y una de cada dos consideró que era una desgracia contar con un enfermo mental en la familia y que debía guardarse en secreto. Esto nos plantea el largo camino que deberían recorrer los profesionales para un abordaje comunitario de la salud mental. Carpintero y Vainer (1960,p.54).

Posteriormente surgen corrientes de pensamiento que analizan e interrogan los supuestos básicos presentes en la cultura, referidos al trastorno mental, la locura, los tratamientos, los modos de abordaje. Se inician escuelas desde el campo de la psicología, la antropología, la sociología entre otras, que estudian diferentes interpretaciones del fenómeno de la locura, el manicomio, la interdisciplina, los derechos de los pacientes y de los trabajadores de salud mental, etc. Al respecto por ejemplo, Armus (2005.p23) expresa:

“El estimulante y atractivo marco interpretativo foucaultiano motorizó los trabajos sobre la locura y el orden psiquiátrico, sus instituciones específicas, sistemas teóricos y procesos de profesionalización. Así se ha discutido la locura como un objeto que nace y se transforma en un campo de intersecciones que desbordan los temas propios de la psiquiatría. Cuentan entonces la higiene pública y el espacio del manicomio, las utópicas empresas de moralización colectiva y el lugar y rol del orden psiquiátrico en la historia de la construcción del estado”.

LA ENFERMERAD MENTAL EN DIVERSAS ÉPOCAS

El lugar de las enfermedades mentales en la sociedad, ha variado de acuerdo a las épocas y se encuentra vinculado a la noción de causalidad de las enfermedades que en cada tiempo se tuvo. Las concepciones primeras de la locura, se encuentran relacionadas a la magia ya que consideran que las generan fuerzas naturales o sobrenaturales. Con los griegos, la medicina se hace ciencia y se da una explicación racional a los trastornos del cuerpo no así a las del “alma”. Hipócrates concibió al cerebro como “órgano de la mente” y rechaza las concepciones anteriores planteando que las perturbaciones mentales derivan de alteraciones cerebrales. Es recién con el renacimiento, que se desarrollan las ideas de Hipócrates. Comienza a desaparecer la idea mágica de causalidad dejando de considerarse al enfermo como un poseído y

aparece la idea de diferente y anormal. Luego en los siglos XVI y XVII se produce en Europa un crecimiento de la población marginal que varía entre un 20 y un 30 por ciento de la población. Esto se convierte en un obstáculo para el desarrollo del proyecto político-social, económico, científico y cultural del iluminismo que propone el dominio total de la razón sobre la naturaleza y la batalla de lo irracional, el desorden, la herejía, y la subversión. Este proyecto necesita contener esas masas y se crean por lo tanto las “casas de corrección” y “casas de trabajo”. Malvarez (2000).

El paradigma racional tecnológico parte de la ilustración del s. XVIII y se desarrolla con el positivismo de Augusto Comte durante el s. XIX. Aporta la perspectiva propia del positivismo científico. La causa de la locura era de naturaleza físico-mecánica y el cerebro sustituye al alma como eje de atención de los estudiosos del fenómeno. Los médicos alienistas -inspirados en Pinel- se esfuerzan por estudiar cada vez más el cerebro. El cuidado se humaniza, aunque en su mayor parte -la custodia directa- sigue dependiendo de las organizaciones religiosas, dicho de otro modo, la profesionalización de la medicina psiquiátrica no va seguida de un proceso paralelo de profesionalización de los responsables de la asistencia directa y continuada de los enfermos mentales.

Retomando lo que se venía diciendo, podemos expresar que con la Revolución Francesa se inicia una nueva etapa: Pinel y Esquirol (médicos de los hospitales en Francia) impulsan una corriente humanista proponiendo que estos individuos deben ser tratados como enfermos e internados en instituciones especiales: se separan así las cárceles de los manicomios. Se instituye lo que se denominó el “tratamiento moral” que se refiere a una combinación de nociones, la más importante es organicista (debilidad inherente a la persona) y una noción de “higiene” como falta de limpieza y adaptación social. El loco ya no se ve como alguien de afuera, sino como parte de la sociedad que significa de hecho una amenaza, representa un elemento de irritación social, una pérdida del potencial de eficiencia y una carga para el Estado.

Se supone entonces que era necesario controlar y regular a aquellos que podían caer en ese estado. Se intenta además implementar modos de vida institucionales con buen trato, trabajo organizado, y contacto con familiares. Este modelo, hace crisis en la mitad del siglo XIX por el predominio de una concepción medico-positivista de la enfermedad mental. Los asilos para dementes vuelven a ser espacios cerrados, con una disciplina similar a la carcelaria y se consolida de este modo el estatus científico de la psiquiatría manicomial. Las concepciones actuales acerca de la salud mental en cuanto a su construcción histórica pueden ubicarse junto al origen de la Modernidad. A partir del nacimiento de la Psiquiatría, signada por la promoción de las ciencias naturales y la supuesta objetividad científica, bajo la corriente del positivismo; la figura del médico aparece como la más efectiva para la búsqueda de la verdad del fenómeno de la locura.

Durante muchos años, la atención de las personas con trastornos mentales, fue un apartado más de la asistencia de tipo asilar en la que se mezclaban pobres, vagabundos, enfermos de todo tipo y los locos. La mayor intensidad de la vigilancia estaba puesta en estos últimos ya que expresaban su locura mediante la exteriorización de conductas furiosas que a menudo eran consideradas como peligrosas, sin demasiado fundamento. En el desempeño de la función de custodia se utilizaban todo tipo de instrumentos tales como cadenas, sogas, celdas de encierro, duchas de agua fría, grilletes, cepos, palos, jaulas entre otros. De la utilización de la palabra custodiar para referirse a la relación del personal sanitario con los enfermos, se ha equiparado el sistema penitenciario con lo que debiera ser el sistema sanitario. La unión cárcel-manicomio es habitual debido a la dificultad que existía en ambas instituciones para controlar “la escandalosa desmesura de los locos”.

Después de la segunda guerra mundial, el desarrollismo dirigido y la potenciación de las políticas del bienestar, van a dar nacimiento a un nuevo enfoque de la locura. Los psicoanalistas se van a afanar por comprender el significado de las conductas desviadas atendiendo al fenómeno, en un contexto cultural y antropológico determinado. La custodia se va a tecnificar mediante

nuevos perfiles profesionales y, gracias al avance de los psicofármacos, se suaviza el control de los dementes.

La atención de los problemas de salud mental ha ido evolucionando positivamente a lo largo del siglo XX, favorecida por los adelantos científico-tecnológicos en el campo de la salud en general y de la Psiquiatría en particular. Dan cuenta de esto, el avance en el tipo y especificidad de los psicofármacos, los distintos abordajes psicoterapéuticos, las estrategias terapéuticas no convencionales como las que promueven el arte, el deporte y las actividades grupales, entre otros. El cuidado de los enfermos mentales al interior de las instituciones de salud mental, significa una presencia continua y una relación directa con el paciente, la que es llevada adelante por el personal de enfermería. Sin embargo, es importante comprender que muchas veces cambian las maneras de operar pero en la finalidad de las instituciones psiquiátricas se mantiene una adherencia a cierto control social, persisten las relaciones víctima-victimario, internaciones compulsivas como se observa en los grandes manicomios del país, con numerosas camas ocupadas con personas que no siempre reciben tratamiento y cuidados adecuados.

LAS INSTITUCIONES DE ENFERMOS MENTALES

La sociedad proyecta desde hace muchos años en los manicomios lo que no puede aceptar de si misma, la sinrazón. La exclusión siempre fue la respuesta social más dolorosa con respecto a la locura. En sus comienzos el hospital no era más que un ámbito de retiro para enfermos indigentes, sin embargo existe a lo largo de la historia una “ley social” que se ocupa de separar, marginar de la sociedad al distinto, al débil. El exilio, el confinamiento en leprosarios, barcos a la deriva, asilos etc., era el destino final de quien por uno u otro motivo no había podido ser incluido por la sociedad. La locura se torna sinónimo de castigo y condena.

“La institución manicomial instituye una relación compleja en la que es visible la estructura asimétrica de poder del “especialista” y sumisión del enfermo, quedando al mismo

tiempo denegada y por lo tanto “invisible” la dimensión del representante del poder.... en lo más visible de la relación disciplinaria el poder está en la posición del sujeto de la enunciación (el especialista) tiene la palabra. La capacidad de nombrar y por lo tanto el poder que le otorga el saber, mientras que el enfermo está en la posición del sujeto del enunciado... a lo sumo se limita a responder si puede y cómo puede” Cohen, De Santos et al. (1994. p. 58-59).

El manicomio fue desde sus inicios la torre de los pobres, el lugar donde ocultar lo que arruinaba el espacio público de la sociedad. Se trataba de practicar el ideal del orden por medio de la segregación, el control y la disciplina. El hospicio destaca entonces el límite exterior-interior, el muro restablece la polaridad de los espacios público-privado. Dicho de otro modo la amenaza al orden social, imaginado por las clases dominantes, produce instituciones para controlar y ocultar la problemática de la locura.

Los hospitales psiquiátricos son instituciones que nacen como reacción de defensa fóbica de la sociedad ante la conducta de determinados actores sociales, cuyo comportamiento no es comprendido ni admitido socialmente. La ausencia de conocimientos acerca del enfermar mental y la ausencia de instrumentos terapéuticos, fueron produciendo una respuesta social ante la locura que implicaba marginación social, aislamiento o reclusión y una atención paternalista, favorecedora de la regresión. Así, el manicomio, se constituye como un microcosmos que abraza al sufrimiento humano quizás, más desgarrador, y resguarda a aquellos cuyos discursos sociales no son comprendidos ni aceptados por estos grupos sociales. En síntesis, es un espacio para el almacenamiento y control social de los diferentes, de quienes se dislocan y no tienen control sobre sí mismos, ni sobre sus cuerpos, ni sobre sus acciones. Las barreras que las instituciones totales levantan entre el interno y la sociedad, marcan la primera mutilación del yo. El ingreso rompe con la programación del rol social previo ya que la separación “con el ancho

mundo” se mantiene durante años o todo el resto de la vida. Esa absorción se constata cuando el interno se convierte en un ser humano despersonalizado, deculturizado y por ende “desocializado”.

Las colonias psiquiátricas en la Argentina:

“En los primeros tiempos de la colonia, afirma José Ingenieros en su libro “La locura en la Argentina”, los alienados iban a parar a la cárcel del Cabildo cuando alborotaban demasiado y también hubo algunos reclusos en conventos...” Lardies Gonzales (1991.p21).

Las instituciones psiquiátricas en la República van continuando las tendencias que desde Europa llegan de diferente forma al campo de la salud en general y de la salud mental en particular. Un hecho fundamental para la creación de los dos manicomios de la ciudad de Buenos Aires a mediados del siglo XIX fue la expulsión de los jesuitas efectuada por Carlos III de España y de sus colonias en 1767. Estos poseían al sur de la ciudad amplios terrenos y como los “cuadros de dementes” de los otros hospitales generales no eran suficientes, se crea una sociedad filantrópica a la cual se donan dichos terrenos para que construyan dos instituciones, una para pacientes masculinos y otra para mujeres. Una vez concluidos ambos establecimientos asistenciales se vio que ya eran insuficientes porque la población de la ciudad aumentaba rápidamente. Al respecto Diego Armus expresa acerca de este hecho lo siguiente:

“La población de Buenos Aires creció de modo espectacular entre 1880 y 1930. De los 286.000 habitantes con que contaba en 1880, pasó a 649.00 en 1895 y a 2.254.000 en 1930. Este crecimiento demográfico fue animado fundamentalmente por la inmigración ultramarina alterando la trama social de un modo y una velocidad desconocidos. Los inmigrantes no solo renovaron las clases populares tradicionales sino

también protagonizaron el primer encuentro entre extranjeros recién llegados y criollos” Armus (2005. p 81).

Entre los factores que desencadenaban este aumento de pacientes mentales se encuentra la difícil adaptación de los inmigrantes a esta nueva vida lo que traía diversos desajustes emocionales. Para modificar el problema del hacinamiento ya que a fines de 1900 el hospicio de las Mercedes tenía 1300 internadas, se presenta un proyecto a ambas cámaras legislativas en el que se pedía la creación de una colonia-asilo para alienados alejada de la ciudad. Debía tomarse como ejemplo una institución similar a la creada en Sajonia. El responsable de emprender esta obra fue el Dr. Domingo Cabred y en 1901 se llevaron las primeras pacientes desde el hospicio de las Mercedes. El régimen asistencial era de “puertas abiertas” más conocido por la denominación inglesa “open door”.

Al respecto se refiere Emiliano Galende (1994) en un artículo mencionado con anterioridad:

“No es solo de los psiquiatras la responsabilidad de los manicomios. Es la sociedad moderna quien lo inventa y lo necesita, ellos los psiquiatras sólo se prestaron a legitimarlos, a rodearlo de una imagen de racionalidad “científica” que en su conciencia nunca estuvo afirmada, siempre buscada por otra parte como lo atestiguan los innumerables laboratorios que trataron de montar en los hospicios. Aquí también la medicina sirvió para ocultar el todo social. Domingo Cabred que a principios del siglo XX construyera la mayor parte de las actuales colonias para alienados en todo el país en base a un mismo proyecto arquitectónico, bien entendió esa polaridad de lo público y lo privado y las funciones de limpieza que competían a la disciplina que encarnaba” Galende (1994. p 68-69).

Estas colonias se edificaron lejos de las ciudades y se encuentran distribuidas en todas las provincias de la región centro del país. En la llamada “pampa húmeda” se concentra la mayor población, ya que es allí donde se encuentran instaladas las vías del ferrocarril y hace factible asegurar los suministros necesarios para su supervivencia. Se entiende que la rehabilitación solo es posible si las personas se encuentran en contacto con la naturaleza y se les puede proveer de trabajo que mantenga “ocupados” a los internos en diversas tareas.

Con la apertura democrática, se consolida lo que se denominó “Movimiento Nacional de Salud Mental” que propulsó verdaderos cambios en todo el campo “psi”. Se generan diferentes estrategias de capacitación interdisciplinarias, se establecieron servicios de salud mental en los hospitales generales, se desarrollaron líneas de investigación, se abrieron las puertas de las instituciones y el arte ingresó en las “estrategias terapéuticas no convencionales”, con talleres de teatro, música, pintura, radios abiertas, etc.

La mayoría estaban persuadidos de un verdadero cambio, en realidad una transformación de la salud mental y sus prácticas era posible. En realidad no podría volverse atrás esta historia pero... el avance neoliberal y sus políticas deshumanizantes, con el achicamiento del papel del Estado, entre otros cambios, fue paulatinamente reduciendo los presupuestos asignados al sector. De todas formas, distintos aspectos no podrán jamás volver a ser como fueron antes de este proceso que modificó las prácticas profesionales y la dinámica institucional.

Pero aún quedan instituciones públicas y privadas en la realidad del país con internación psiquiátrica manicomial. Los Estados provinciales reúnen 14.000 camas psiquiátricas que se llevan el 80 por ciento del presupuesto del sector. Las condiciones de vida en la mayoría de los casos son deplorables, no se trabajan serios diagnósticos y el acompañamiento de los casos es escaso y obviamente, las estrategias terapéuticas adaptadas para cada caso en particular, no existen.

En un reportaje, Leandro Dibarboure (1998), afirma apuntando al hospital Borda de Buenos Aires: El Hospital tiene alrededor de 1300 pacientes,

400 tienen más de diez años de internación, son pobres y carecen de lazos familiares. El 60 % del presupuesto se gasta en medicamentos, en estos momentos se está poniendo en marcha un proceso de desmanicomialización del hospital, la idea es desarmar la institución y armar un dispositivo distinto. El Borda no es un lugar donde se tratan y viven los locos; sino que, produce locura, marginalidad, abuso a los derechos humanos, perimidas prácticas psiquiátricas, prácticas psicoanalíticas sin el continente necesario y esfuerzos individuales que se pierden en el vacío.

Cuando se hace referencia a la posibilidad de cambio en el campo de la salud mental, es dable tomar en cuenta a E. Galende (1994) que dice:

"Las normativas jurídicas en Argentina no han acompañado a este proceso de transformación manteniendo criterios caducos cuyas consecuencias sufren miles de personas". Galende, E. (1994 p63).

Miles de ciudadanos viven en diversas instituciones de carácter manicomial por trastornos psiquiátricos, que en muchos casos ocultan terribles desamparos sociales y familiares. Un alto porcentaje está allí por decisión judicial y a la espera de resoluciones de externación que siempre se hacen esperar. Son verdaderas detenciones legales pero ilegítimas, reflejo de la impotencia de las instituciones psiquiátricas y de la institución judicial. Reflejo además, de una sociedad injusta en el respeto de los derechos de sus ciudadanos, no solidaria en relación al sufrimiento y la marginación. Tener que hablar de la peligrosidad de los enfermos mentales, tener que persuadir a los diferentes poderes de que la peligrosidad no esta en ellos sino en los peligros que acarrea enfermarse mentalmente y ser atrapado en los dispositivos institucionales y en los poderes decisorios de quienes, por ignorancia, legitiman de manera cotidiana a los manicomios.

Como profesionales del campo de la salud no es asimilable permitir éste círculo trágico de agresividad, violencia, peligrosidad, y reclusión. Es necesario romper ese círculo y esto es trabajo de: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos, hombres del

derecho, la política y la cultura. Se trata de una responsabilidad del conjunto social. Para transformar la situación del internamiento psiquiátrico asilar, es menester continuar mostrando que más allá de las singularidades del enfermo mental, el destino del loco en su vida social, es el mismo que sufren todos aquellos que por diferentes razones transitan por los márgenes de la sociedad. Para ello es preciso entender a la marginalidad como un proceso de producción social sumamente complejo. Solamente una sociedad que pueda reconocer su implicación en la generación de la marginalidad, podrá comprometerse en una respuesta solidaria del problema. La marginalidad en todas sus formas constituye una zona social viva, de enormes tensiones. En ella la sociedad, es decir, cada uno de sus miembros, condensa y expulsa lo que no integra ni puede tolerar en si misma.

El estado actual de los conocimientos, conceptos y prácticas de salud mental son tan diversos como lo fueron los procesos históricos que les dieron origen. Es posible predecir la profundización de los cambios producidos en los últimos años, los cuales se enmarcan en luchas con modelos hegemónicos que pugnan por hacer prevalecer sus concepciones tradicionales. El desafío es enorme, sin embargo no se debe dejar de pensar que la salud mental colectiva, mejora cuando existen corrientes históricas que dignifican, desenajenan, y enriquecen las posibilidades de conocimiento y creatividad de las personas.

Es necesario que la legislación argentina reivindique a la justicia como concepto fundamental, y en particular en la provincia de Córdoba se genere un debate amplio integrador y productivo que permita contar con una ley que no termine siendo una virtualidad, generando una nueva frustración, sino que realmente constituya un conjunto de garantías y derechos que sea el reflejo de una rica discusión que lleva varias décadas y que se rescata a través de Declaraciones, Principios y legislaciones en el orden Internacional, regional y nacional.

CAPÍTULO II: ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

Con el fin de enmarcar este trabajo, es menester tomar en consideración distintos Tratados, Declaraciones, Recomendaciones y Principios que han surgido en el orden internacional, y que inspiran la promoción y sanción de leyes en diferentes países del mundo.

“Es importante tener en claro que La legislación sobre salud mental puede proporcionar un marco legal para abordar asuntos claves como la integración en la comunidad de personas con trastornos mentales, la prestación de una atención de calidad, la accesibilidad a dichos cuidados, la protección de los derechos civiles y la protección y promoción de derechos en otras áreas clave, como la vivienda, la educación y el empleo. La legislación también juega un papel importante a la hora de promover la salud mental y la prevención de trastornos mentales. La legislación sobre salud mental es más que una legislación sobre cuidados y tratamientos, y por lo tanto no se limita sólo a regular la forma en que se prestan dichos tratamientos en las instituciones sanitarias”. OMS. (2003 p. 66)

En lo que antecedentes de normas generales de derechos humanos se refiere, el derecho a vivir en comunidad, debería traer a colación lo consagrado por el derecho internacional en cuanto a la protección de todas las personas sin distinción de razas, color, genero, idioma, religión, afiliación política, origen nacional, extracción social, posición económica o cualquier otra característica

Entre los antecedentes más importantes se destacan; la Declaración Internacional de Derechos del Hombre, en la que se incluyen la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU, el Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles y el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

También hay acuerdos internacionales de estándares sobre buenas prácticas que no son legalmente vinculantes. Estos incluyen los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental, las Normas Estándar para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Minusvalías, la Declaración de Caracas (OPS), la Declaración acerca de los *diez principios básicos*”, de la Organización Mundial de la Salud. Ciertos convenios internacionales aunque no estén formulados específicamente para la protección de las personas con trastornos mentales, garantizan, en los países firmantes, la protección de los derechos humanos, por ejemplo, el artículo 7 del Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, proporciona a todos los individuos, incluidos aquellos con trastornos mentales, protección frente a la tortura y la crueldad, el tratamiento inhumano o degradante, y el castigo, así como el derecho a no ser sometido a experimentos médicos o científicos sin un consentimiento libre e informado. El Artículo 12 del Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de todas las personas, incluyendo a aquellas con trastornos mentales, a disfrutar de los mejores estándares posibles de salud física y mental.

Estos instrumentos incluyen la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el Tratado Americano sobre los Derechos Humanos, el Protocolo Adicional al Tratado Americano sobre los Derechos Humanos en las áreas de los derechos económicos, sociales y culturales, y el Tratado Interamericano para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra las Personas con Minusvalías. El Tratado Americano sobre los Derechos Humanos declara explícitamente que toda persona tiene el derecho a su integridad física, mental y moral; que nadie podrá ser sujeto a tratamientos o castigos crueles, degradantes o inhumanos y que toda persona privada de su libertad deberá ser tratada con la dignidad inherente al ser humano. El Protocolo Adicional al Tratado Americano sobre los Derechos Humanos proporciona aún más protección para las personas con trastornos mentales afirmando que, para conseguir el ejercicio del derecho a la educación, se deben establecer programas de educación especial y así proporcionar formación e instrucción especiales a las personas con minusvalías físicas o mentales. También hace constar que todas las personas que sufren una disminución de sus capacidades físicas o mentales tienen el derecho a recibir una atención especial que les ayude a alcanzar el mayor desarrollo posible de su personalidad, y que todo el mundo tiene derecho a la seguridad social para protegerles de las consecuencias de la vejez y la minusvalía, y para asegurarse los medios que les permitan disfrutar de una existencia digna y decente. El Tratado Interamericano para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Minusvalías no ha entrado aún en vigencia. Sus objetivos son evitar y eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que sufren minusvalías mentales o físicas y promover su total integración en la sociedad.

La Declaración de Caracas (OPS), adoptada por la Conferencia Internacional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica en 1990, es un ejemplo de colaboración a nivel regional para la protección de las personas con trastornos mentales.

Los principios para la protección de las personas con enfermedades mentales y para la mejora de atención a su salud, las normas para igualdad de

oportunidades para personas con discapacidades, la Declaración de Caracas de la organización panamericana de la Salud, la Declaración de Madrid, de la asociación mundial de psiquiatría, los principios rectores de Brasilia son referencias obligadas al momento de la elaboración de una ley de salud mental a partir de los nuevos paradigma.

En el orden nacional se debe rescatar lo establecido por la Constitución Nacional Argentina. En sus orígenes, el derecho a la salud tenía rango de derecho constitucional implícito en el artículo 33. Dice la cláusula aun vigente:

“Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerado, pero que nacen del principio de soberanía”. (art.33.CN.1853)

Es el propio Preámbulo de la Constitución el que hace una expresa referencia al bienestar general, objetivo preeminente en el que ha de computarse la preservación de la salud. El derecho a la salud está vinculado al derecho a la vida, tan es así que es la misma Corte Suprema de Justicia quien se refirió en diversas oportunidades al tema diciendo:

“El reconocimiento constitucional del derecho a la vida no está sujeto a condiciones. Las situaciones dramáticas a que da lugar la aceptación de este principio y las alegaciones de sesgo ideológico o sentimental no deben desviar la mirada del juez cuando disposiciones de rango constitucional le imponen la preservación del primer derecho de la persona humana” (CSJN. p429).

Incluso en diversas oportunidades, la Corte ha sostenido que el derecho a la salud, es el primer derecho natural de la persona humana preexistente a toda legislación positiva que, obviamente, resulta conocido y garantizado en la Constitución Nacional.

En la reforma constitucional del año 1994, en su artículo 42, primera parte, se explicita lo referido al derecho a la salud dentro de las presentaciones y dice:

“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trata equitativas y dignas”. (CN.1994)

Dentro del orden nacional, se debe mencionar la Constitución de la Provincia de Córdoba y otras legislaciones que articulan derechos, garantías de las personas en lo que a salud y salud mental se refiere y están vigentes en la República Argentina. Tal es el caso de la ley de salud mental de Río Negro, San Luis y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En Río Negro la ley 2440 fue aprobada en septiembre de 1991, reglamentada y puesta en vigencia a partir de 1992. El 21 de diciembre del año 2006 la provincia de San Luis aprobó su ley de salud mental que está vigente actualmente, siendo el día 22 de octubre de 2010 cuando se aprueba la ley provincial de salud mental en Córdoba. El último antecedente a tener en cuenta en el país es la aprobación de la ley nacional el 25 de noviembre del año 2010.

Por último, es necesario mencionar, en lo referido a antecedentes legislativos, la ley de salud mental N° 36 del año 1998 en Portugal. En esta legislación en particular es donde se establece, la creación de una comisión que supervisará el cumplimiento de la ley a través de diferentes mecanismos que le permitirán recolectar información acerca del cumplimiento de la norma, como así también requerir al poder ejecutivo datos atinentes a ese cumplimiento durante el proceso de gradual aplicación de la norma. Esta legislación en el orden internacional para este trabajo es de relevancia porque refiere algunos aspectos que se proponen en el presente trabajo.

CAPÍTULO III: CONTRATO SOCIAL, LA LEY Y EL DERECHO POSITIVO

La ley de salud mental en Córdoba apunta al pleno ejercicio del derecho de las personas en su acceso a la salud mental, esto plantea en primera medida, la necesidad de analizar conceptos que a partir de la ciencia del derecho permitan ir recorriendo su fundamentación.

Desde una fundamentación filosófica y vinculada al derecho, Hobbes sostenía que la vida es el valor esencial que hay que proteger. Los hombres para cumplir con ese fin, necesitan celebrar un contrato mediante el cual renuncian a todo lo que puede poner en riesgo los valores que les brindan seguridad a la convivencia entre los hombres. Sostiene que es la base del momento fundacional simultáneo entre sociedad y gobierno, sobre la idea de un contrato social, que permite que se puedan representar los fundamentos del orden social y, sobre todo, justificar la obediencia a las leyes de un soberano. Por tanto, las leyes que este último promulgue se las podrá considerar como leyes justas, en la medida en que serán interpretadas, como extensión de la voluntad de los hombres unidos por el contrato. Es luego Locke quien viene a justificar otro aspecto de la vida de la ley entre los hombres, advirtiendo que su legitimidad no sólo estaba, como en Hobbes, en el origen del gobierno y las leyes, sino también en su control y vigilancia por parte de los ciudadanos. En este sentido, la legalidad carece de legitimidad si no es sostenida por este control y vigilancia.

Otro importante autor a considerar desde la justificación del origen y aplicación del derecho, es Jacobo Rousseau quien no otorga la soberanía a ningún gobernante, sino que la corporiza en la misma sociedad, Es también desde la constitución a través de un contrato que lo concibe pero en este caso el único soberano es el pueblo, es decir, la comunidad política. Toda norma y toda acción pública deberán venir de esta comunidad deliberante y ejecutiva. De esta forma, cada integrante de la comunidad, ahora convertido en ciudadano, no obedecerá a nadie en particular. Es a partir de esta idea central del contrato social que se crea una voluntad general. Las leyes manifiestan esa decisión común de los hombres. Así los intereses públicos se expresaran a

través de las ellas y de ahí surge la idea de obligatoriedad. Es dable destacar aquí la frase rousseauiana “No hay libertad sin Leyes”.

LA LEY

Es necesario responder antes que nada, al porqué del derecho en una comunidad.

El término derecho proviene del vocablo latino *directum*, que significa “no apartarse del buen camino”. Conceptualmente se expresaría como el conjunto de normas jurídicas creadas por el Estado para regular la conducta externa de los hombres y en el caso de incumplimiento, se establece una sanción por tal actitud. Por tanto, el derecho se nos presenta como un sistema de reglas de conducta de carácter obligatorio, impuesto por la autoridad, la cual asegura su eficacia, amenazando con sanciones a quienes no las respeten. Por ello, puede decirse que el derecho es consustancial a la vida social, y que allí donde se haya desarrollado algún tipo de colectividad humana habrá aparecido también alguna forma de regulación colectiva que impone obligaciones y asigna derechos a los individuos. El derecho como sistema jurídico es, entonces, un fenómeno de carácter universal. Permite lograr una vinculación social específica entre los individuos que componen una comunidad, vínculos que se establecen a partir de la igualdad de los sujetos en cuanto a sus derechos y obligaciones bajo un poder común.

La norma sustenta la posibilidad real de concretar entre los seres humanos, la vivencia conjunta de la comunidad, su fin, por tanto es servir para organizar la convivencia social humana dentro de cierto grado de armonía, garantizando la paz, la seguridad y el orden social sobre las bases de equidad y justicia. El derecho tiene que constituirse en un elemento ordenador de ese marco social, tiene que corregir los elementos negativos de la vida comunitaria y alentar el desarrollo de sus elementos positivos. En toda legislación, la ley viene a “instituir” viene a “ordenar”, a insertarse como un puente entre el

lenguaje y lo viviente, entre la cultura y la naturaleza. Todo sujeto esta sostenido, amparado, sujetado, atravesado por la ley. La institución de la ley es el opuesto esencial a la arbitrariedad. Es palabra dada, un decir ligado a lo instituido, y lo instituido como lo consensuado en la ciudad.

EL DERECHO POSITIVO

Es necesario manifestar que cuando se hace referencia a un conjunto de normas jurídicas que tienen fuerza obligatoria en un momento y lugar determinado, estamos refiriéndonos al derecho positivo, es decir, aquel que realmente rige en un momento histórico a un grupo social. Según Mouchet – Zorraquín Becú el derecho positivo es el conjunto de normas jurídicas emanadas de autoridad competente y que ésta reconoce y aplica dentro de un orden jurídico determinado.

La vigencia de las leyes como normas públicas implica la existencia de un poder político que las aplique y que, cuando no sean respetadas, las haga valer mediante la coerción. Por ello, al decir de Bobbio:

“la relación entre derecho y política se hace tan estrecha, que el derecho se considera como el principal instrumento mediante el cual las fuerzas políticas que detentan el poder dominante en una determinada sociedad, ejercen su dominio”. (N.Bobbio.p.312 y s.)

Las leyes públicas, entonces, son normas cuyo fin específico es regular el espacio público de la sociedad e implican propiciar el logro de las metas sociales compartidas refiriéndose a la norma de conducta dictada por un poder legislativo que ejerciendo el poder soberano las dicta. ¿Cuáles son las características que tiene esa norma?

Ante todo es una norma de conducta dictada por el Poder Legislativo de carácter general, obligatoria, abstracta y sancionada por la fuerza, cuyas características son:

- **GENERALIDAD:** La ley comprende a todos aquellos que se encuentran en las condiciones previstas por ella, sin excepciones de ninguna clase.
- **OBLIGATORIEDAD:** Consiste en que la norma, debe ser necesariamente cumplida para tal caso, existen órganos judiciales que obligan a la observancia de la misma, imponiendo sanciones a los infractores.

Cuando la ley se refiere a la obligatoriedad, se genera una íntima vinculación con las respuestas que se pueden dar a las preguntas sobre el nacimiento y la supremacía de las leyes y por lo tanto, a la del derecho de gobernar que éstas definen. A partir de los diferentes recorridos históricos se podría decir que las variadas vertientes filosóficas han coincidido en que existe una supremacía del gobierno de las leyes sobre el gobierno de los hombres. Esto implica que si bien los contextos históricos tienen su determinante influencia sobre la vida de la comunidad, la ley debe ser respetada porque es la piedra angular que sostiene la vida en comunidad y la observación de los derechos y obligaciones de las personas que la integran. Quizás haya sido Maquiavelo, el que al laicizar la política (es decir, al excluir de su argumentación los criterios religiosos), abrió las puertas a la modernidad política. Es a partir de la modernidad que la razón humana y por tanto los hombres viviendo en comunidad, se hicieron cargo de la ley, de su elaboración, sus modos de legitimación, su aplicación y sanción.

Hobbes (siglo XVII) comienza a darle relevancia a la idea que el desarrollaba, y sobre la cual se sostenía que el problema, al ejercer cada hombre su libertad, es que entra en conflicto con otros hombres igualmente libres y soberanos y pone en riesgo su vida. La vida es el valor esencial que hay que proteger. Los hombres, para cumplir con ese fin, necesitan celebrar un

contrato, como antes se refería, mediante el cual renuncian a todo lo que puede poner en riesgo los valores que brindan seguridad a la convivencia entre los hombres. Esto implicaba modificar las condiciones de ejercicio de la libertad que disfrutaban los seres humanos hasta esa instancia histórica y además obedecer a un soberano, autorizándolo a imponer el orden y garantizar la defensa de la vida de cada uno.

ESTADO DE DERECHO

Es necesario comenzar a considerar a partir de este trabajo, lo que la concepción moderna comienza a debatir en torno a la idea sobre la cual se edifica el Estado de derecho como institución. Es este Estado el que comienza a sostener desde lo jurídico una compleja trama de garantías para la convivencia del individuo en la comunidad.

Según Kant en una “concepción del Estado de derecho, las libertades fundamentales deben estar garantizadas por un Estado que, ante todo es, “un Estado de leyes”. Los ciudadanos, ante esta instancia son absolutamente iguales en el marco de la ley. En consecuencia es el Estado, la institución que puede crear las condiciones para la unión de hombres libres sobre la base de normas jurídicas. Se está ya, ante la piedra basal del Estado de derecho: lo que podría mencionarse como la juridización de la política.

Cuando la política es regida por normas jurídicas generales, se observa como consecuencia, la protección de los derechos de cada una de las personas por medio de un poder político coactivo y la actuación del gobierno limitada por los derechos ciudadanos. El Estado de derecho es, la forma privilegiada en que se expresa la legitimidad de las sociedades modernas. Es aquí donde se sostiene fundacionalmente la obligatoriedad de las leyes.

La doctrina del Estado de derecho, exige que el basamento en el que se inspire toda acción estatal consista en la subordinación de todo poder al

derecho. Las leyes del Estado de derecho, al proponer la inviolabilidad de los derechos fundamentales de los individuos, crea un límite insuperable a la acción de los grupos y las instituciones en la vida democrática. Así es que, son los principios consagrados por la figura del Estado de derecho los que, por diferentes vías, garantizan que los derechos humanos fundamentales no resulten afectados por los posibles efectos negativos del mecanismo de representación. El pensador liberal Ralf Dahrendorf expresa sabiamente en relación a esta cuestión «el elemento de continuidad del liberalismo es ciertamente la defensa de los derechos individuales en el marco del Estado de derecho, suceda lo que suceda».

CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE DERECHO

Las características generales del Estado de derecho podrían clasificarse según diferentes autores de la siguiente manera:

- a) Imperio de la ley: ley como expresión de la voluntad general.
- b) Separación de poderes: legislativo, ejecutivo y judicial.
- c) Legalidad del gobierno: su regulación por la ley y el control judicial.
- d) Derechos y libertades fundamentales: garantía jurídico-formal y realización material.

Puede afirmarse que la meta de todo Estado de Derecho y de sus instituciones principales se sostiene en el objetivo de lograr una suficiente garantía y seguridad jurídica para los llamados derechos fundamentales de la persona humana, pretensión ética que, en tanto conquista histórica, conforma el elemento fundacional del sistema de legitimidad en que se asienta este Estado de Derecho. Es necesario preguntarse entonces, ¿cuáles son estos derechos fundamentales? Se podrían decir que esencialmente son: el derecho a la vida, derecho a la libertad, derechos sociales a la subsistencia, derecho a la salud, a la educación a la preservación del medio ambiente. Estos derechos

existen como sostiene Pisarello, para maximizar las autonomías de las personas y minimizar el impacto de los poderes públicos y privados sobre sus vidas.

Alan Badiou dice:

“La fuerza estatal no es validada por una parte, sino por el conjunto de reglas de derecho, que son formales, precisamente porque no indica como principio de su legitimidad a ningún subconjunto particular, sino que declaran que valen para todos”. El estado de derecho agrega es “el imperio estatal de la regla, constituyendo la esencia de la categoría política denominada democracia”
(p 58)

Las normas constitucionales o tratados Internacionales que consagran derechos económicos, sociales y culturales generan obligaciones concretas al Estado, muchas de las cuales resultan exigibles judicialmente.

La estructura de los derechos económicos, sociales y culturales se caracterizaría por obligar al Estado a hacer, es decir, a brindar prestaciones positivas: proveer servicios de salud, asegurar la educación, a sostener el patrimonio cultural y artístico de la comunidad. La inexistencia de prestación estatal supone automáticamente la denegación del derecho.

Las normas desde su discusión, elaboración y promulgación, mantienen una vocación permanente de cumplimiento, que ordenan o prohíben debiendo prevenir además las consecuencias en el caso de su incumplimiento.

La falta del cumplimiento de la Ley por parte de un ciudadano, o el no acatamiento de una sentencia es grave, pero cuando este supuesto de hecho se centra en alguien con responsabilidad política, el incumplimiento es de extrema gravedad, y lo es en mayor grado si se trata de la responsabilidad política de quienes actúan en nombre y representación del Estado de Derecho. Ejemplos como el de Sócrates, el cual pudiendo haber huido con la ayuda de su discípulo Critón, tras el dictado de una sentencia de muerte, se sometió a una Ley que siempre cumplió, no son los que parecen abundar en la modernidad.

LA MISIÓN DE LA LEY

El Contrato social es, por consiguiente, origen de todos los derechos ciudadanos, como así también, fuente de justicia, y las leyes que gobiernan a la ciudad, son las que garantizan los derechos de los ciudadanos en una comunidad y se tornan exigibles para el Estado, como representante del poder público. Un poder que debe contar con medios humanos deliberadamente comprometidos para obtener una finalidad jurídica.

Lo que se desprende de todo esto, es que las normas jurídicas, sin excepciones, aspiran a enunciar reglas para saber hasta dónde llega y hasta dónde no llega la libertad. Cuando se dicen "aspiran", es porque son abstractas e inefectivas por sí mismas. Su eficacia depende de sus destinatarios, de las interpretaciones que se les dé y del trato social que reciban; vale decir: de lo que haga la gente a su respecto. Cuando la ley está tratada con indolencia ante la inefectividad normativa, el Estado de Derecho se resquebraja. El Derecho sólo puede ser tal, si la pluralidad de disposiciones se concierta en una unidad normativa, así, cada omisión de un deber jurídico cometida por funcionarios, crea un vacío en el orden jurídico, es decir, una situación de excepción al Estado de Derecho, que si se multiplica, lo desarticula como tal.

Es necesario recordar en esta etapa, que el concepto de la soberanía popular, será forzoso asentarlo sobre la voluntad general que decía Rosseau, como expresión de voluntad de la comunidad, como suprema instancia en el Derecho, siendo entonces inevitable concluir que la definitiva validez de las normas tendrá que depender de su efectividad; es decir, de que la sociedad las viva en su quehacer cotidiano.

DERECHOS SOCIALES ECONOMICOS Y CULTURALES

En el orden internacional la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es un documento declarativo adoptado por la Asamblea general de

Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París, que se refiere a los derechos humanos considerados básicos. Mientras que la Declaración constituye, generalmente, un documento de principios con los Pactos y los convenios internacionales los que obligan a los Estados firmantes a cumplirlos.

En la actualidad una porción importante de los Estados no los califican como derechos exigibles a los denominados Derechos sociales, económicos y culturales, por lo tanto, las violaciones a estos derechos proclamados hace más de cuarenta años, están justificadas en su incumplimiento, por cuestiones relativas a políticas públicas donde siempre pierden las personas que ven recortados en la posibilidad de ejercerlos, para que las cuentas públicas cierren o se “sostenga” la estabilidad financiera de aquellos países que no hace efectiva la ley.

En su origen y en lo referido al derecho internacional, estos derechos sociales, económicos y culturales, tienen el mismo nivel que los derechos políticos y que sólo por razones sobre todo políticas han quedado relegados a través de la historia en términos de mecanismos de protección. Para dar garantías a lo convenido por la comunidad internacional se ha expresado en la Declaración de Viena de 1993 que todos los derechos humanos son exigibles, así se expresa en su párrafo quinto:

“La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos globalmente de forma justa y equitativa, en pie de igualdad y con el mismo énfasis” (1993)

Es importante recordar que se trata de derechos que son universales, indivisibles, interdependientes e interrelacionados, debiéndose crear mecanismos globales para la identificación y tratamiento de las violaciones individuales de todos

Cuando se habla de universalidad, se expresa que estos son válidos y exigibles en cualquier parte del mundo. O sea son valores universalmente exigibles durante determinado período de tiempo. y pueden ampliarse de acuerdo a las luchas y las reivindicaciones en el transcurso de las diferentes etapas históricas.

La Indivisibilidad de los derechos está relacionada con una comprensión integral de los derechos que no admite su fraccionamiento.

DERECHO A LA SALUD

Dos años antes de la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) afirmaba en su Preámbulo:

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Veinte años después, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) de las Naciones Unidas sostenía en el artículo 12:

“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

El derecho a la salud se trata de un derecho cuya significación implica la protección de un bien jurídico complejo en sí, que además requiere para su preservación, de un conjunto de componentes técnicos y socioeconómicos vinculados a la intervención del Estado.

“El concepto de salud, es un valor compartido por todas las sociedades y todos los sistemas ideológicos como uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una autentica igualdad de oportunidades y reconocidas necesidad de protegerlas”.
(p.246)

DERECHO DE ACCESO A LA SALUD

Rescatando lo establecido por los convenios internacionales descriptos, es que se hace necesario avanzar sobre la necesidad de sostener el derecho a la salud, desde lo jurídico, desde lo concreto a través de diferentes modos de monitoreo del acceso al derecho, y desde su integración con los demás derechos que conforman lo sustancial en lo referido a la dignidad de las personas. El diccionario latinoamericano sobre bioética (p.243) dice al respecto:

“Recomendar el “atender a los indicadores del derecho a la salud por diferencias con los indicadores de la salud. Un indicador del derecho a la salud se diferencia porque se deriva de normas específicas para políticas públicas en salud y por su finalidad que es el monitoreo del derecho de acceso. Pero el derecho al acceso a la salud no debe ser visto en forma aislada sino en relación a otros derechos humanos y libertades fundamentales, incluyendo la no discriminación y la equidad”

Esta diferencia, muestra el esfuerzo por clarificar las posibilidades de acceso al derecho a la salud. La propia exigibilidad de los pactos firmados en el marco internacional, por parte de los diferentes países (incluida la República Argentina), asume una obligación de tipo moral, y también una responsabilidad en el cumplimiento de los derechos fundamentales establecido en los convenios, estableciéndolo en las leyes que reglamentan su ejercicio, tal lo determina la propia Constitución Nacional. Si la responsabilidad del Estado de Derecho es que los seres humanos convivan de acuerdo a las leyes que los gobiernan, en razón de la argumentación ya esgrimida, y en tanto el derecho a la salud mental es uno de estos derechos fundamentales, monitorear con indicadores el acceso a la salud mental, pareciera ser un mecanismo que demostraría si hay relación cierta entre la ley vigente y su verdadero ejercicio.

Sin detenerse demasiado en este punto, que parecería ser determinante como obligación de toda política pública, se hace necesario evaluar lo que es menester para la implementación de mecanismo que midan

explícitamente el grado de acceso al derecho a la salud mental. El monitoreo podría ser sistematizado en indicadores de proceso y resultados, en donde exista una participación activa de los usuarios, transformando la aplicación de una ley, en un proceso compartido por la responsabilidad del Estado y la participación del sujeto-ciudadano en el control de su aplicación. Desde el custodiar la existencia de una adecuada legislación, la aplicabilidad concreta de las mismas, hasta el contar con toda la información necesaria acerca del modo en que se lleva a cabo la implementación; permite construir un puente entre el concepto de derecho a la salud mental y el deber de atender la salud, que abre el camino del acceso real de los ciudadanos a los derechos vigentes.

El acceso a la salud, es el reconocimiento explícito al ciudadano de la titularidad de su derecho, de considerarlo un sujeto de derecho. Sujeto que tiene la potestad, la posibilidad ante la violación de la ley o ante la inacción del Estado para cumplirla o hacerla cumplir, de reclamar por lo que por su consideración de ciudadano la ley le otorga.

DIMENSION POLITICA DEL DERECHO A LA SALUD

Es menester observar, la dimensión política y lo que significa el derecho a la salud, en tanto derecho social que equilibra fuerzas desiguales que concurren a neutralizar las tensiones sociales. Es la acción política la que puede equilibrar estas fuerzas desiguales, y para que la intervención del Estado la genere, no solo debe debatirse una ley y aprobarse posteriormente sino también planificar su aplicación, de forma tal que se asegure la efectividad de su contenido. No atender a este último aspecto, es dejar a la deriva la voluntad general de la cual hablaba Hobbes y Rosseau. Abortar la ley antes que puedan realizarse las modificaciones en la sociedad como literalmente se establece por no arbitrarse los mecanismos de cumplimiento concreto.

Desde el punto de vista del derecho se hace poco menos que inentendible que se deban buscar nuevos mecanismo de garantía para que la ley se cumpla, pues no debería hacer falta en tanto su sola vigencia debería

implicar la obligación de su implementación, pero la experiencia obliga al replanteamiento de esta cuestión.

En el mundo moderno, en el que la mayoría de los discursos están rodeados por una suerte de contorno verbal borroso, Ana Arendt (1995) dice:

“El empleo correcto de las palabras no será sólo una cuestión de gramática lógica, sino de perspectiva histórica, puesto que una “cierta sordera a los significados lingüísticos ha tenido como consecuencia un tipo de ceguera ante las realidades a las que corresponden, en el lenguaje hay pensamiento congelado que el pensar debe descongelar cuando quiere averiguar el sentido original”.
(p.202)

Hannah Arendt afirma en las primeras páginas de su libro acerca de la condición humana “lo que se propone es nada más que pensar en lo que hacemos”, sugiriendo nítidamente que no se trata de investigar la naturaleza humana, sino las actividades humanas y en relación a la experiencia de éstas, en términos de nuestros más recientes temores y experiencias”. (p.18)

“La acción, sin embargo, prosigue, sólo es política si va acompañada de la palabra (lexis), del discurso. Y ello porque, en la medida en que siempre percibimos el mundo desde la distinta posición que ocupamos en él, sólo podemos experimentarlo como mundo común en el habla. Sólo hablando es posible comprender, desde todas las posiciones cómo es realmente el mundo. El mundo es pues lo que está entre nosotros, lo que nos separa y nos une”.

En este punto cobra sentido la afirmación arendtiana señalada más arriba, en relación a que la acción tiene un comienzo definido pero un final impredecible. Toda acción cae en una red de relaciones y referencias ya existentes, de modo que siempre alcanza más lejos y pone en relación y movimiento más de lo que el agente podía prever”

La acción no puede tener lugar, pues, en el aislamiento, ya que quien empieza algo sólo puede acabarlo cuando consigue que otros «le ayuden». Siempre actuamos en un mundo que ya estaba antes y continuará después.

“La acción humana es inicio de una cadena de acontecimientos; los humanos tenemos el extraño poder de interrumpir los procesos naturales, sociales e históricos, puesto que la acción hace aparecer lo inédito” A.Arendt.(p 18)

Es en este sentido, de abrir camino a una nueva cadena de acontecimiento que la acción política viene a modificar, a partir de una ley, viene a añadir algo nuevo al mundo.

Así, refiriéndose al mundo griego como posible referencia de espacio público, Arendt afirma que se trataba del único lugar donde los hombres podrían mostrar real e invariablemente quienes eran. La condición indispensable de la política es la irreductible pluralidad que queda expresada en el hecho de que *“somos alguien y no algo”*.

La esfera pública, se caracteriza por la igualdad: por naturaleza los hombres no son iguales, necesitan de una institución política para llegar a serlo: las leyes. Sólo el acto político puede generar igualdad, sin embargo las leyes no cumplen aquí la función de reducir lo diverso a lo idéntico e invariable, sino que autorizan la posibilidad de las palabras y las acciones. Como afirma Enegren:

“Solamente en el intervalo entre la indiferencia de la unanimidad y las disparidades de la desigualdad puede surgir una dimensión de pertenencia y de comunidad”

Enegren. (1984.p.47)

La institución política, expresada a través del Estado de Derecho, es quien asume la responsabilidad de la representación de la comunidad, y tiene la obligación de gobernar a partir del respeto de la legislación, por tanto, dentro de un marco de legalidad y legitimidad. Es muy importante detenernos en el concepto de Arendt descrito más arriba, para significar los riesgos que trae aparejado el apartamiento del cumplimiento de la ley por parte del Estado (de Derecho).

DIMENSIÓN POLÍTICA E INCUMPLIMIENTO DE LA LEY

Es necesario también aquí observar cómo se puede operar un modo de apartarse del derecho en el propio proceso de su creación. Es el caso que se manifiesta en el hecho de dejar vacíos o lagunas en el contenido de su texto vinculado a aspectos sustanciales que hacen al cumplimiento de la ley que pretende regir algún aspecto de la vida en sociedad. El que no se inserten estos aspectos sustanciales que proporcionen garantías de cumplimiento y exigibilidad por parte de los ciudadanos, deja un vacío en muchos casos insalvable para la vigencia de la ley en el futuro, cerrando la puerta del acceso en algunos casos a derechos garantizados por las Constituciones Nacional y Provincial. El Parlamento, como poder del Estado, es el que debe dar garantías de legalidad y legitimidad en su elaboración, porque en tanto poder de la Provincia, es el que está habilitado por el proceso republicano a discutir y resolver acerca de la creación de la ley. Cualquier aspecto que componga la ley que no sea tenido en cuenta en el propio texto y por tanto derivado a “otro poder” del Estado Provincial, genera un proceso de debilitamiento que puede terminar siendo la imposibilidad de su vigencia real. Por tanto derivar aspectos centrales de su cumplimiento al Poder Ejecutivo para ser resueltos por vía de la reglamentación parece ser una manera de poner en riesgo el cumplimiento de la norma a excepción que se trate de aspectos meramente operativos.

El Parlamento no debe ceder al momento de creación de una legislación, lo que por derecho le corresponde y por obligación le impone la Constitución. A riesgo de no caer en el párrafo ya mencionado que con toda claridad dice *“cierta sordera a los significados lingüísticos ha tenido como consecuencia un tipo de ceguera ante las realidades a las que corresponden”*.

En las experiencias legislativas argentinas hay muestras suficientes de lo expresado en el párrafo anterior, a modo de ejemplo puede observarse las innumerables dificultades que tiene la aplicación de la ley de salud mental aprobada hace más de diez años en la Ciudad autónoma de Buenos Aires, y que por diversos motivos no se cumple. De este modo se termina distorsionando el carácter integral de lo aprobado jurídicamente en su oportunidad y la concepción que subyace ideológicamente.

¿Cabría hablar de Estado de Derecho donde las leyes solo nacen, pero se extingue con el tiempo en la imposibilidad que se hagan cumplir, coartando su potencia jurídica que es en beneficio de los ciudadanos, y consolidación del Estado de Derecho?

Alan Badiou (2006) dice:

“El derecho es el intervalo discursivo entre la idealidad y el poder”. (p 52).

La frase de Badiou sirve de explicación de lo que es el resultado de la tensión en la construcción del derecho. Tensión que se manifiesta en las diferentes etapas del proceso, ya sea en la elaboración de la ley como en su sanción, pero que también se hace sentir al momento de su aplicación y vigencia concreta. Ejemplo de ello es la manera en que se opera desde determinadas corporaciones para condicionar específicamente al poder ejecutivo en la reglamentación de las leyes, intentando, y en muchos casos logrando, echar por tierra el contenido integral de las normas aprobadas a través de los mecanismos constitucionales de la República.

Quienes son responsables de la elaboración de la ley deben reconocer la trama de intereses que entran en juego cuando se confecciona su texto, y deben ser cuidadosos artífices de la preservación de las garantías constitucionales. La aprobación de una norma, define ideológicamente un camino, determina un sentido que hace visible una determinada manera de construir la realidad, por tanto es la propia ley en elaboración, la que debe trabajarse específicamente para disminuirse los riesgos de su interpretación, porque en ello se juegan los preceptos más costosos de los sujetos del derecho. Esta dimensión política es la que nos obliga a verificar que la interpretación de la legislación como tal, no termine teniendo un efecto de “palabra congelada” sobre su texto sino que por el contrario sirva como guía para la acción transformadora, no sujeta a los intereses privilegiados que excluyen al conjunto de la comunidad. Acción transformadora que en sí misma es fuente de tal interpretación. Foucault (1995) dice cuando se hace referencia a la interpretación:

“En los “sistemas de representación” en el espacio simbólico que se construye en toda sociedad, la interpretación se abre camino en la lucha por el sentido para redefinir el proceso de producción simbólica mediante el cual una sociedad y una época se definen a sí misma” (p.14).

Es evidente que este concepto revela “un espacio histórico donde se producen tensiones”, en este caso, desarrollado en un ámbito donde se genera una lucha de sentido e interpretación del derecho, entre “lo que se debe y lo que se puede”, esto también es la ley, y debe ser tenido en cuenta especialmente al momento de su elaboración para hacer posible la aplicabilidad de derechos fundamentales.

UNA NUEVA LEY QUE VIENE A MODIFICAR

Cuando se menciona la necesidad del acceso a la salud, con derechos consagrados como fundamentales, y su implementación en términos de aplicabilidad real sobre la población, estamos modificando conceptual y prácticamente los espacios de disfrute del derecho a la salud, reduciendo sensiblemente la insatisfacción de las demandas concretas de los ciudadanos. Así también se está abriendo la posibilidad de acceso a los derechos de quienes, sin capacidad de demanda, quedan excluido de esa posibilidad en el ejercicio de lo que son sus derechos esenciales. Es esta dimensión política la que se ve modificada por las legislaciones que comienzan a estar vigentes en una comunidad, ampliando conceptos, espacios, recursos, decisiones y derechos.

Esta es la finalidad de la ley, su acción transformadora se abre camino en la lucha por imponer un sentido que permita el digno acceso de las personas a la salud mental, y que ese derecho no solo sea texto de ley, sino acción continua que construye sentido en el imaginario social y en el disfrute de los derechos del ciudadano.

LAS POLITICAS PUBLICAS Y LA CONSTRUCCION DEL SUJETO

La teoría política moderna dedico gran parte de su análisis a su objetivo de explicar la construcción del Estado, sus fines, y los modos en que participaban los individuos para tamaña construcción.

Las políticas públicas se llevan a cabo dentro de un contexto histórico, implementada por determinados organismos que actúan, formas de organización, estilos de gobierno, maneras de liderar procesos que invariablemente llevan implícita o explícitamente a una noción del sujeto, y además producen un impacto sobre la constitución de la subjetividad de cada persona. Al decir de Marcelo Sandomirsky (2010):

“La acción de las políticas públicas son las iniciativas del Estado que efectivamente se implementan y por eso se revelan ante el ciudadano, llamando su atención, y se destinan a operar en cualquier campo de lo publico”. (p.77).

Las políticas públicas se definen por su incidencia en el presupuesto del Estado, por la distribución que se les asigna a los recursos de ese presupuesto, por la dirección de la acción, pero también por su omisión. Cuando se toma la decisión desde el Estado de distribuir su presupuesto se define ideológicamente su función en la comunidad, su compromiso real y el sentido de su acción anual. Como así también se define el rol del Estado por la omisión de aquellos aspectos que deberían haber sido presupuestados para cumplir con la obligación en el cumplimiento de las leyes. Debe recordarse que la omisión es una manera de definir una política concreta, que en tal caso sería una omisión del Estado, que consolida una posición dentro de la comunidad, privilegiando el status quo por encima de la voluntad transformadora que debería tener esa acción.

Quizás este último aspecto sea el que menos se analiza, y el que más efectos devastadores genera, tanto por la falta de función transformadora del Estado para las problemáticas reales, como por la percepción que del Estado vaya construyéndose la comunidad. Porciones importantes de la sociedad y

quienes ostentan la función pública, se están habituando a dejar de hacer, a dejar pasar, acostumbrados al descuido, a la excusa, a la simulación y a la omisión, elaborando una trama de explicaciones engorrosas que amparan los errores y que justifican las indecisiones. La acción política, o mejor dicho la inacción política parece ser un mecanismo para evadir la responsabilidad y velar las obligaciones que por disposición de la ley corresponden. La comunidad suele así quedar expuesta a dilatados monólogos que intentan describir a modo de diagnóstico los profundos dolores sociales, pero que petrificados en esa etapa, difícilmente puedan cumplimentar la acción concreta para calmarlos o erradicarlos.

La acción en un Estado de Derecho está dirigida por la ley, y la ley actúa a modo de dispositivo formal, ordenador. Es decir, actúa como mecanismo que dispone un generar para una acción prevista. Determinando “que se está por hacer” y “cómo se va llevar adelante” lo que se va hacer. Se trata de una acción intencional de alguno de los poderes del Estado que las implementan, y cuyo fin es modificar una determinada situación, prevista total o parcialmente en la ley. Cada una de las decisiones que se toman y se gestionan tiene una base ideológica, una concepción del mundo, de las relaciones dentro de la comunidad, y de cuestiones que se pueden transformar o no transformar. Cada acción u omisión no es neutra tiene un impacto en lo “público” afecta la vida cotidiana de la sociedad. El efecto más importante en las políticas públicas es su efecto distributivo (Przeworski, 2004) en razón de que en las decisiones que se toman en lo público se generan beneficios hacia algunos en detrimento de otros.

Przeworski expresa en un reportaje realizado en el año 2008:

“El Estado puede jugar un mayor rol en el manejo de la economía, las instituciones estatales pueden estar mejor organizadas para cumplir su rol administrativo, una participación política más extensiva puede mejorar la calidad de su desempeño, una política social de mayor alcance puede proteger de mejor manera a los segmentos pobres de la población de las vicisitudes del mercado, pero los mercados seguirán asignando la mayoría de

recursos y seguirán distribuyendo la mayoría de ingresos”.

Esta opinión deja sentada la necesidad de un rol fuerte del Estado dentro de la sociedad, con una orientación definida que apunte al cumplimiento de la ley.

Una vía de solución, en opinión de este autor, es la implementación de políticas de “desarrollo orientadas hacia los pobres.” “Estas son políticas de desarrollo que están estrictamente dirigidas al incremento de la productividad de los pobres, ya sea flexibilizando los constreñimientos para el crédito, capacitando en habilidades específicas, subsidiando la infraestructura necesaria”, “enfocándose en las enfermedades ante las cuales los pobres son más vulnerables”. “Pero estas acciones toman tiempo en generar sus frutos y se pueden medir en términos de procesos insertos en políticas públicas integrales”. Además requieren de un alto nivel de competencia administrativa para diagnosticar las necesidades y enfocar las políticas.

Es la fortaleza del Estado y sus acciones las que pueden recrear la convicción en la aplicación plena de una ley vigente, ampliando la posibilidad de que los ciudadanos acrecienten el espacio de ejercicio de sus derechos consagrados como fundamentales, pero además trae aparejado, una obligación de parte de los profesionales de la salud mental y un compromiso que implique la puesta en valor de los derechos de las personas que tienen padecimientos psíquicos. Así lo hace notar F.Basaglia cuando expresa “*Se trata de un derecho de los ciudadanos, y nosotros como técnicos debemos promover esta conciencia de derechos*”. Al momento de reflexionar sobre lo desarrollado en el presente trabajo, las palabras de Basaglia son determinantes y orientadoras. Es en la aplicación de la nueva ley de salud mental en Córdoba, que al implementar una desaparición gradual de los manicomios implicara no solo el cumplimiento a secas de la norma, sino también la plena conciencia de la significación que implican estos cambios. Ratificando esa idea de Basaglia (1980) en un reportaje poco antes de morir decía:

“Destruir el manicomio significa también destruir, concretamente, un código y un lenguaje que han surgido

en el manicomio y para el manicomio. Esquizofrénico, paranoico, las mil y una formas de la taxonomía manicomial. Mientras he estado entre libros y clínicas, he vivido en el círculo mágico de estas palabras sin poder especificar el lugar del que procedían, su sentido primario en una experiencia precategórica, la de la opresión absoluta, la de la negación total de la conciencia del otro”
(p.4)

Retornando lo referido a las acciones u omisiones de las políticas públicas que de algún modo van construyendo subjetividades, es que se reconoce el desarrollo de procesos, donde el sujeto modifica sus condiciones de conocimiento o su inclinación a satisfacer determinadas necesidades a partir del rumbo de estas políticas.

Enrique Saforcada, De Iellis, Mozobancyk (2010) dice:

“En cualquier caso siempre se parte de una idea de sujeto concebida a priori, y estas imágenes funcionan como modelo o tipos que establecen barreras y accesos en la provisión y recepción de bienes o servicios” (p.85).

Es dentro de este marco que se hace necesario recordar que las acciones del Estado que se realizan con intencionalidad y a través de lo que se llamo en este trabajo “dispositivos de políticas públicas”, producen significados y dan sentido a la subjetividad, ya que crean un concepto del mundo y una manera de producir experiencias. Es el vínculo que se establece entre el individuo y el Estado, el que hace que las acciones emprendidas por este, configuren relaciones moldeadoras de la subjetividad. De Iellis, Mozobancyk expresa.

“Es decir que en esta trama de relaciones y significados, el sujeto y la subjetividad se constituyen en sujetos de políticas, ya que impacta sobre sus planes de vida, en ámbitos de poder y de las propias relaciones de la comunidad”. (p.88).

Puntualmente en el caso de Argentina es insuficiente solo tener en cuenta el conjunto de normas internas del Estado que organizan los servicios de salud, también es necesaria la integración del proceso de internacionalización del ordenamiento jurídico y que sustanciales avances ha producido en las últimas décadas. Esto último ha venido a modificar los modelos de intervención estatal, replanteando la necesidad de un ajuste a los nuevos paradigmas y por ende del modelo de construcción en este tiempo. La nueva ley de salud mental en Córdoba refleja en buena proporción lo sugerido por la legislación internacional, y se puede propender a partir de ella, a producir acciones que establezcan nuevas condiciones para la construcción de subjetividad.

NUEVA REALIDAD JURÍDICA Y COMPROMISO DEL PSICÓLOGO

La nueva ley de salud mental en la Provincia de Córdoba, significa una realidad jurídica sustentada en un paradigma nuevo. Fue sancionada en octubre del año 2010, y con ella, las políticas públicas empezaron a traccionar para adecuarse al nuevo paradigma que se enmarca dentro del respeto por los derechos humanos. La norma define una “política de salud mental desmanicomializadora, desinstitucionalizadora y descentralizadora”, cuyo principal objetivo es el de incluir a las personas con padecimientos psíquicos en todos los aspectos de la vida ciudadana, proteger sus derechos humanos de ir generando un trabajo hacia un cambio de paradigma desde el sistema que institucionalizaba y hacia el sistema inclusivo, basado en la comunidad y en la atención primaria de la Salud Mental. Un sujeto es titular de derecho, y debe hacer pleno ejercicio de su ciudadanía, independientemente de sus padecimientos psíquicos.

Son sujetos con derechos a decidir y vivir en comunidad. Esta noción conlleva la desaparición gradual de los manicomios en el contorno de la

Provincia de Córdoba. Implica concebir un modo diferente de trabajo desde la salud. Todas las personas son titulares de derecho por igual, implicando esta idea la igualdad de oportunidades ante la ley, igualdad material que haga efectivos los derechos reconocidos. El responsable es el Estado (de derecho), quien tiene que dar seguridad de cumplimiento de estas garantías legales. Pero además, son los profesionales de la salud, y el psicólogo en particular quien debe enfrentar un desafío a partir de la nueva realidad jurídica, comprometiéndose en su implementación. Se establecen en el texto diferentes aspectos que implicarán un especial trabajo desde los profesionales de la salud. La nueva norma sostiene que el sistema de salud mental es la organización integral e integrada, dentro del sistema general de salud, de los servicios de salud mental públicos o privados; asegura el ejercicio del derecho de la población a la salud mental, garantizando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación: el Estado Provincial asegura la protección de los individuos que requieran servicios de salud mental frente a cualquier tipo de discriminación, en el marco de la plena vigencia de la Constitución Nacional. Y se aclara: "sin ningún tipo de exclusión"; otorga plena posibilidad de participación de los usuarios; familiares y otros actores sociales para organizarse de diferentes maneras involucrándose en la promoción, prevención y protección de la salud mental individual y colectiva y la tutela del acceso a servicios de salud mental; Crea la red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental, que estará conformada por las instituciones y servicios de salud mental, del ámbito público y privado, y tendrá por objeto el diseño de propuestas para el abordaje y la gestión integrada de las problemáticas psicosociales; los establecimientos de salud mental -públicos y privados- que cuenten con servicios de internación prolongada. Dichas instituciones deberán transformarse, en un plazo máximo de tres años a partir de la promulgación de la presente Ley; los equipos interdisciplinarios deben incluir paulatinamente nuevas modalidades de abordaje de las problemáticas de salud mental -profesionales o actividades- tales como operadores comunitarios, acompañantes terapéuticos, psicoterapeutas de familias y

grupos, rehabilitadores y facilitadores de actividades socio-laborales, culturales, artísticas y recreativas.

Sobre el final se establece en su artículo 51 *“La presente Ley es de orden público y todo conflicto normativo relacionado con su interpretación deberá resolverse en beneficio de la misma”*, no dejando ninguna duda a cerca de las garantías asumidas por el Estado Provincial y la responsabilidad que les asigna a todos los actores del sistema de salud y profesionales de salud en Córdoba. El objetivo ahora es trabajar para lograr el "completo bienestar físico, mental y social" de los ciudadanos de Córdoba.

Es necesario plantearse en esta circunstancia *cual será el aporte desde los profesionales de la psicología para que esta ley sea aplicada*. Las numerosas cuestiones que contiene la norma, no son parte de este trabajo, sino que el objetivo se centra principalmente, en las contribuciones que se puedan generar para que se comience una labor dentro del marco de su aplicación que haga realidad el acceso de los ciudadanos a su derecho.

En relación a este aporte, se hace necesario efectuar un análisis desde tres preguntas ¿Cómo se puede trabajar para generar espacios de participación comunitaria creando condiciones para la aplicación de la ley? ¿Que significa desde la nueva ley que el paciente es un sujeto de derecho? ¿Se puede pensar la salud sin políticas públicas que conciban al ciudadano atravesado por múltiples situaciones contextuales y condicionamientos sociales?

La idea de salud como bienestar engendra una particular representación del hombre y sus vínculos con los demás y con la propia naturaleza, en las diferentes etapas históricas se plasmo una ideología sobre la salud, que en el contexto histórico aparecía como inmodificable y de carácter permanente.

Es por esto, necesario plantear que es la nueva ley la que exige una reorientación en la acción de todos los profesionales de la salud y que el compromiso del profesional de la psicología, debe ser ante todo con el cumplimiento de la ley vigente y el paradigma transformador que esta sostiene. A partir de esa idea central es que se comenzara a reflexionar sobre las

preguntas planteadas. El primer interrogante es acerca de cuáles son las formas que se pueden trabajar para generar espacios de participación comunitaria construyendo condiciones para la difusión e incorporación de la norma legal en el imaginario de la comunidad. Se podría recordar que la Declaración de Alma Ata fija la atención descentralizada, la atención primaria de la salud y trae el componente de la comunidad, su derecho a la atención y a participar en las políticas de salud. “Salud para todos en el año 2000” era el objetivo que se proponía para todos los países del mundo y la participación de la comunidad como uno de sus componentes esenciales.

Es necesario precisar de algún modo a que se hace referencia cuando hablamos de participación de la comunidad. Participar significa “tomar parte en algo” “dar parte, noticiar comunicar” hace referencia a la idea de estar compartiendo con otros. Participar como actitud y aptitud de reconocer a otro u otros. Participar en comunidad entonces, es tomar parte con otros semejantes de una empresa común que podríamos reconocer como un proceso de entramado social que se comparte y permite la posibilidad de una construcción con objetivos diversos. La nueva ley de salud mental es una oportunidad para desarrollar tareas con la comunidad, que no solo abriría la compuerta del conocimiento de una ley, sino también el debate sobre su aplicación y la posibilidad de incorporarla como un patrimonio del conjunto.

La participación en la problemática acerca de la salud según Mahler (1986 P. 53):

“Es el compromiso de las colectividades y de los individuos con los programas de salud que les concierne directamente, este constituye un aspecto esencial de la atención primaria de la salud; el que la caracteriza y le diferencia mejor de otras estrategias. Esta participación demanda que la colectividad deba identificar sus necesidades, tomar parte del funcionamiento de sus servicios de salud y también de su gestión, Todo ser humano tiene el derecho y el deber de participar

individual y colectivamente en la planificación y la puesta en obra de los servicios de salud que le son destinados”

Los programas de la Atención Primaria de la Salud no pueden realizar una cobertura y lograr la eficacia sin la plena participación de la colectividad. Los progresos decisivos que se operan en la salud de las comunidades. dependen finalmente de la decisión de los individuos de hacerse vacunar, de alimentar a sus hijos adecuadamente, de recurrir a la planificación familiar, de buscar aprovisionarse y utilizar el agua limpia, de proteger el medio ambiente de la contaminación o de modificar su modo de vida. En el período de la definición de los problemas, debe consultarse a la colectividad y hacer lo posible, para que participen efectivamente en la búsqueda de informaciones para contribuir en la gestión que se va desarrollando de forma conjunta.

Es dentro de este proceso de la participación comunitaria referida, donde se puede realizar un aporte desde la profesión de psicólogo en cuanto acciones concretas, que promuevan, difundan y garanticen la aplicación de la ley. Trabajando espacios de encuentro con la comunidad organizando investigaciones sobre sus principales problemas. La información que pudiera surgir de tales encuentros naturalmente, debe ser operativizada de una forma pertinente para que la población con quien se lleven adelante, pueda comprender y estimular su intervención de esta manera se aportará en el proceso.

La participación de la colectividad constituye un paso elemental, ya que es parte indispensable para la planificación, organización y gestión de los servicios de salud ya que permite los medios para exigir su aplicación adecuada y eficaz. La participación integral dice Stolkiner (1987)

“Es entendida como instrumento de cambio, donde se produce una ruptura total con el positivismo, casualismo, mecanicismo. Se toma a la salud como una búsqueda permanente y activa de situaciones de bienestar, en la que el sujeto tiene un rol protagónico, no hay un saber, sino cuestionamiento y recreación permanente”.

La propia declaración de Alma Ata hace hincapié, en que los tratamientos en el marco de la salud mental, pueden llevarse de manera eficaz y competente en el primer sistema de salud, es decir en la atención primaria de la salud (APS). Es relevante realizar una fuerte tarea en este espacio, porque de este modo se puede prevenir un aumento significativo en un futuro no muy lejano, de los padecimientos psíquicos. Santorius expresa que “si se pone en práctica esta estrategia en el mundo, podría disminuirse a la mitad la incidencia de trastornos mentales, neurológicos, psicosociales”. Además los programas de salud mental implementados con la participación desde la comunidad, harán más eficaz su aplicabilidad, lográndose prevenir enfermedades que provienen de los enormes cambios que se vienen produciendo y que traen aparejadas numerosas consecuencias psicológicas y sociales. Particularmente debe tenerse en cuenta que la situación de la salud mental en el mundo en general y en nuestras comunidades en particular, ocupa un lugar de poca importancia. Quizás sea a partir de la aprobación de la ley que se deba poner en marcha una actitud profesional con fuerte compromiso social que se vea reflejada en acciones concretas y directas con la comunidad.

En la vida democrática moderna se plantea indefectiblemente la participación de la comunidad en diversas actividades que hacen a su construcción cotidiana. La democracia representativa es insuficiente como tal, porque corre el riesgo de agotarse en el solo derecho ciudadano de elegir con su voto a quienes los van a representar en diversas etapas de la vida democrática, sin que se activen desde el Estado los mecanismos de participación para legitimar en la vida diaria, aquellos actos legales surgidos de los distintos poderes que tiene el Estado.

¿Cuales serian las formas, los mecanismos que podrían implementarse desde la profesión del psicólogo para promover esta participación comunitaria? Se podrían generar programas en las comunidades, desde los distintos niveles de los Estados municipales, provinciales o nacionales, como así también desde colegios profesionales vinculados a la salud, desde el sector privado y desde las organizaciones sociales

comprometidas de diferentes modos con la aplicación de la ley. Un ejemplo de este último serían las organizaciones de usuarios o familiares de usuarios, u otros actores sociales comprometidos con la salud mental. Las mencionadas acciones deberían promoverse para el conocimiento y debate social sobre la ley de salud mental vigente, y su planificación podría llevarse a cabo a través de encuentros con la sociedad en clubes, vecinales, organizaciones intermedias, o salas públicas. Cada actividad debe tender a posibilitar en la sociedad un debate que actualmente no se está dando, y que requiere sobre todo del compromiso de los agentes de la salud, para que se haga expeditiva la aplicabilidad de la norma.

De este modo se hace posible trabajar desde el marco teórico de la participación comunitaria a partir de preparar condiciones sociales, facilitando el control directo de los marcos jurídicos que habilitan los propios derechos de quienes vivencian la comunidad, en el ejercicio pleno de la ciudadanía

En relación a la segunda pregunta, es relevante lo que se pueda aportar al cumplimiento de la ley desde lo profesional para considerar un modo de vínculo con las personas con padecimiento psíquico desde el reconocimiento que son titulares de derechos, e iguales ante la ley. A partir de esta noción, se plantea como condición en el trato con las personas “darles la palabra” restituirles su lugar de ciudadano en pleno ejercicio de sus derechos. Es pertinente referir aquí a las innumerables amenazas que viven el hombre actual, entre ellas el ataque por la inclusión del cuerpo humano en el mercado, por las diversas manipulaciones genéticas. Bernad Edelman expresa en este sentido

“El hombre a devenido un medio de conocimiento para la ciencia, para defenderlo es importante responderse que es la humanidad del hombre. Pero el hombre no entra en la esfera de la demostración, solo puede hablarse de él con la condición de admitirlo, de suponerlo como hombre dice Hursser!” (año.p 153).

Es que lo que vale para la ciencia no vale para el hombre. La propia ciencia se encuentra en dificultades para poder demostrar lo que es el ser

humano. Hay que frenar repentinamente la cadena de demostraciones y expresar que sabemos lo que es necesario defender. El hombre no es una acumulación de células inserta en un tiempo y en un espacio, como pueda expresar algún biólogo, ni puede estar consagrado al mercado, ni a la razón científica. Es decir que es necesario que prevalezca un derecho autónomo respecto a la ciencia y la técnica. Un derecho que respete la naturaleza humana, de lo que hay de indemostrable en lo que hace a la vida misma, la libertad, dignidad, indivisibilidad cuerpo y la persona, la identidad.

El dominio de los cuerpos, justificado a menudo por el ideal científico, terapéutico requiere de un límite. El límite es el respeto a la libre decisión de cada ser humano para desarrollarse en sociedad, y la necesidad de que las leyes sean un límite y no un aval al avasallamiento en nombre de la ciencia. Es el límite que debe respetarse en el trato, en el vínculo con el sujeto de pleno derecho. Es por esa razón esencial que a la ley surgida de la voluntad de los representantes del pueblo, le es dada la palabra, y es de su palabra que se establece que las políticas de salud mental deben reconocer la singularidad de las personas con padecimientos psíquicos, desdeñando de plano el control social, los tratamientos concebidos desde la autoridad indiscutible de los que saben, y sin derecho a discusión e información por parte del paciente. El respeto a la singularidad de las personas se debe dar sin partir de la exigencia a la adaptación a reglas e ideales sociales y culturales que le arrebaten su propia identidad. De ese modo, se puede posibilitar la emergencia y la circulación de la palabra en sus diversas maneras de poder expresarse. Es desde este lugar que se puede trabajar aportando profesionalmente y haciendo aplicable la ley, garantizando sus principios constitutivos. Por este motivo es esencial el compromiso desde la psicología para vincularnos desde el nuevo paradigma enfrentando los actuales desafíos de la norma en vigencia. Y Finalmente la reflexión sobre la tercera pregunta que se interroga por la vocación universal de la ley, que solo será posible aplicarla, si es que se desecha la noción de políticas focalizadas, trabajando desde la universalidad para integrar a toda la sociedad en el proceso de transformación, con una participación activa de cada integrante de la comunidad como titular de

derechos reconocidos. Cada persona está inserta en un contexto por el cual es atravesado indefectiblemente, y es dentro de este contexto que tiene que comprenderse la posibilidad de la aplicación de la ley

Es aquí necesario acudir a la teoría de enfermedad única de Pichon Riviere, y que a partir de los postulados del psicoanálisis, sostiene una hipótesis: tras los signos de una conducta “anormal”, “desviada”, “enferma”, subyace una situación de conflicto, de la que la enfermedad emerge como intento fallido de resolución. Victor Georgi (1988) toma palabras de Pichon:

“Toda respuesta inadecuada toda conducta desviada es la resultante de una lectura distorsionada o empobrecida de la realidad” y continua afirmando que “en la génesis de esas conductas anormales nos encontramos con una pluralidad causal, una ecuación etiológica compuesta por varios elementos que se articulan sucesivamente y evolutivamente, a los que Freud llamo Series complementarias, esta serie incluye factores orgánicos, psicológicos y sociales que actúan en forma integrada.”(p.69).

La enfermedad se desencadena clínicamente generalmente en situaciones de pérdida del vínculo con un objeto real o fantaseado. Y se agrega desde Pichón (1988):

“Cada área es el ámbito proyectivo en que el sujeto ubica sus vínculos en un interjuego de mundo interno y contexto exterior mediante proceso de proyección e internalización” (p.71).

Cada conducta es así un signo que surge significativamente y se refiere a las maneras de establecer sus vínculos, a la manera que se vincula con lo real y los diferentes modos en que puede resolver sus conflictos. Siguiendo la línea teórica del autor mencionado, es que se produce una relación dialéctica del sujeto con el contexto que puede ser la plataforma para

una rectificación, una experiencia discriminatoria y en consecuencia correctora de la realidad. Pichón Riviere presenta así a la enfermedad mental como una consecuencia relacionada a situaciones depresivas, de pérdida, dolor vivido por el sujeto como catástrofe interna. Las escuelas que continúan el pensamiento del autor comprenden a la locura como la expresión de la incapacidad para soportar y elaborar un cierto monto de sufrimiento. Los profundos cambios acaecidos en la sociedad argentina, desde la implementación de las políticas neoliberales en adelante, han traído como consecuencia un empobrecimiento de diferentes sectores sociales que no pertenecían a lo que los sociólogos llamaban “marginal” pero que comenzaron a engrosar las filas de quienes se debaten cotidianamente para cubrir sus necesidades básicas y las de su familias, y que sobreviven en un clima emocional de constante amenaza de pérdida de sus objetos, derechos, y dignidades más elementales. Es decir que se vienen conformando sectores sociales que parecen carecer de un papel protagónico en la sociedad. De todos modos lo que podría expresarse para ser más precisos es que en todo caso, si participan en la distribución de los bienes sociales, pero en condiciones inestables y preferentemente desventajosas. Dentro de estas condiciones se establece una manera de sobrevivir, que se hace carne en la cultura, constituida sobre un horizonte de carencia e insatisfacciones en un mundo donde sobreabundan las ofertas de bienes a las que la mayoría no pueden acceder. En el marco de esta forma de vida se produce un proceso de constitución del psiquismo en condiciones de desventaja o como lo llama Víctor Giorgi “pobreza crítica”.

Desde este lugar se conforman modalidades vinculares que determinan un modo de significar que el funcionamiento psíquico adquiere, entramado en dicha estructura social. La sensación es que se invierte el cogito cartesiano “existo, luego pienso” ya que se es producto atravesado por la realidad contextual transitada desde el inicio. Es en la vida cotidiana donde se encuentran rastros de las formas de sentir, pensar y actuar de la comunidad destaca V.Giorgi (Especial relevancia tendrá en este proceso la producción de subjetividades, a partir de la familia y su inserción en un trabajo, en el sistema productivo. La cuestión esencial de toda construcción de una identidad

personal es su reconocimiento intersubjetivo. “La lucha constante por el reconocimiento” que decía Hegel. Este aspecto determina su ubicación socio temporal y la construcción de su universo simbólico, sentido de pertenencia e inserción dentro de su grupo al sistema productivo. La persona que trabaja, también tiene un reverso que impacta en su subjetividad porque es trabajada por su trabajo. Es en ese contexto que se va forjando una imagen de sí, que representa su manera de comprenderse en estos vínculos. La imagen de hombre no exitoso lo ubica en el lugar de un hombre siempre amenazado por el fracaso, de acuerdo al modelo histórico que se instala en el lugar del ideal social. Quien no se sube al tren del éxito queda abruptamente arrojado de la posibilidad de pertenecer a este mundo desbordado de ofertas. La propia manera de vivir en esa realidad va deteriorando su autoestima, y se van generando actuaciones agresivas. El hombre no exitoso siempre está al límite de su desprestigio y lucha las más de las veces infructuosamente para no ser sujeto de la frustración y la agresividad que su tipo de inserción genera, apareciendo en muchos casos como el responsable de la “falta de capacidad de éxito en su vida”.

Generalmente es la figura del padre de familia quien ha perdido su lugar social y familiar en los grupos sociales que se vienen desarrollando en esta parte del presente trabajo. Un pensamiento de tipo concreto y pragmático, se impone, inmedatista, con pobreza simbólica, capacidad verbal restringida, con predominio de movimientos corporales y preverbales. Lo analizado demuestra una génesis del carácter social que emerge en las condiciones concretas de vida, que requieren de un tipo de trabajo desde la psicología, que debe considerar las condiciones contextuales socioeconómicas que son constructoras de un tipo de subjetividad en la comunidad. Pensar la salud mental desde esta situación y en la aplicación de la ley, debe pasar por el análisis de esa cotidianeidad, de los diferentes componentes que influyen, dándole relevancia al rescate del sujeto como tal, y recuperando su capacidad de pensar la realidad y de actuar sobre ella.

No será una tarea fácil, porque hay una marcada tendencia a la desconfianza, a la pasividad y además en los sectores mas excluidos a la

dependencia. La comunicación, el pensar juntos aparece en un horizonte no muy cercano.

En numerosas ocasiones resultado del consumo de alcohol, de diferentes drogas ilegales y legales, del stress y de distintos tipos de situaciones en adolescentes, tercera edad, violencia familiar, la sociedad va dejando parte de su identidad en su urgente necesidad de sobrevivir. Es en este terreno social donde se impone el compromiso para aportar y disponer de los conocimientos que contiene la profesión del psicólogo para hacer visibles aquellos aspectos de la ley que son necesarios no ocultar, tras practicas asistenciales que vienen repitiéndose desde largos años y que desplazaron los paradigmas que iluminan el pensamiento de la nueva norma vigente. Hay que articular en la acción. Es a través de ella que será posible construir un modo de trabajo con mecanismo jurídico y terapéutico, que nos animen a recorrer en conjunto un camino de alternativas posibles con la comunidad que redunde en beneficio de ampliar los derechos de los ciudadanos en el acceso al derecho a la salud mental.

LA CREACION DE UNA LEY DE SALUD MENTAL

A partir de la nueva ley se comienzan a generar un conjunto de significaciones que cambian la manera de concebir la salud mental y que modifican su acción, se pueden mencionar por ejemplo, los espacios de participación institucional y social, las estrategias para garantizar derechos de quienes en su condición de ciudadanos pueden hacer oír su palabra. ¿Es relevante interrogarse acerca de los objetivos de una ley? ¿Para qué se elabora una norma? ¿Para quién? ¿Al servicio de qué y de quien?

“Existe un interjuego macropolítico, económico y social, que liga cada paso del accionar del Estado en al menos dos sentidos: uno ligado al sometimiento y servicio del Establishmen, y la otra es la lucha por emprender cambios profundos” dice Angel Fiasche en su obra Políticas de salud mental. En un Estado de Derecho, el gobierno debe valerse de sus leyes para decididamente avanzar en sus acciones políticas, actuando de modo tal que su

proceder, evite la omisión de sus obligaciones legales, delimitando claramente en la creación de sus leyes, mecanismo de evaluación, control y ejecución de las mismas, y sobre todo ser instrumento de profunda transformación en la comunidad.

Una ley provincial de salud mental debe contener una serie de derechos humanos y jurídicos básicos para los sujetos beneficiarios de la misma, que ya están establecidos en otras leyes incluso en convenios internacionales firmados por diferentes países del mundo. El sentido de cualquier ley, y en particular esta ley de Salud Mental, es buscar transformar, cambiar las condiciones actuales, encontrar nuevos caminos para los viejos problemas que han quedado sin resolver y resignificar los conceptos que anquilosadamente se repiten, perdiendo su vínculo con la pluralidad de situaciones que vive el ser humano y que difícilmente puedan quedar encerradas sin transformarse en opresión. La consideración y el respeto de la conciencia del otro, con el espacio personal autónomo para permitir su propio desarrollo, no debe confundirse al decir de Basaglia con “la ayuda al otro considerado como objeto, un sufrimiento propio encubierto bajo una capa de moralismo, una defensa de sí mismo que es violencia sobre el otro, el pobre, el asistido, el indigente” y el manicomio es la cara expuesta que ratifica esa manera de ver la realidad, “nada en él es racional, todo queda allí reducido a una mera relación de opresión entre individuos, todo es informalidad y arbitrariedad individual” expresa Basaglia, significando la asunción del sufrimiento psíquico como tema eminentemente político.

El espíritu de la nueva ley de salud mental apunta a la desmanicomialización, desinstitucionalización y desjudicialización del paciente”. Sugiriéndose, además, su complementación con el abordaje inter-disciplinar del paciente –como trabajadores sociales, acompañamiento terapéutico, talleres ocupacionales.

NUEVA LEY DE SALUD MENTAL EN CORDOBA

La creación de la ley provincial 9848 viene a resolver dos cuestiones centrales, la primera es cubrir un vacío legal en un tema de sustancial importancia en el terreno jurídico referido a la salud, y en segundo término a insertar a la Provincia en los parámetros que a nivel internacional se recomiendan desde los principales organismos en este orden. Es justo reconocer que fue Córdoba en los comienzos de la etapa democrática en la década del 80 una de las primeras provincias que comenzó a debatir arduamente la problemática de la salud mental y los nuevos paradigmas internacionales. Diferentes políticas de gobierno por esa época intentaban cristalizar algunos de estos nuevos conceptos, implementando acciones que perfectamente se podrían encuadrar en la nueva ley aprobada 25 años después.

Retomar aquella rica experiencia, aprovechar y rescatar la idea de los equipos interdisciplinarios que delimitaron una manera diferente de evaluar la “realidad” y por ende la forma de implementar criterios más humanos y respetuosos de la autonomía individual en salud mental, parecer ser una buena forma de que la democracia no naufrague en el olvido de lo que deberían ser sus políticas de Estado y su consecuente hilo de continuidad. Es esta institución del Estado la que debe reflejar su representatividad en la defensa del interés general por encima de los privilegios sectoriales o los partidos políticos que circunstancialmente gobiernen en cada momento.

En esta etapa del trabajo se realizara un breve esbozo descriptivo, acerca de los aspectos principales de la ley, en sus diferentes títulos y capítulos, sin comentario alguno sobre su contenido, por no ser el objetivo de la tesis.

CAPÍTULO IV: LEY DE SALUD MENTAL

Ley Provincial de Salud Mental N° 4898

Se podría conceptuar a la Legislación en Salud Mental como un Cuerpo legal que tiene como objetivo proteger, promover y mejorar la vida y el bienestar mental de los ciudadanos, proporcionando los mecanismos para asegurar el adecuado cuidado, tratamiento, y protección de los derechos de las personas con trastornos mentales así como la promoción de la salud mental de la población.

Promover una legislación sobre salud mental es esencial e implica definir políticas claras, generando un marco legal para alcanzar sus objetivos. Proteger los derechos humanos, mejorar la calidad de los servicios de salud mental y promover la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales debe ser el objetivo. Por tanto es necesario promover y aprobar una ley teniendo especialmente en cuenta a la vulnerabilidad específica de las personas con trastornos mentales.

Son las políticas de interés general las que encuentran en la “ley” su posibilidad normativa y debida legitimación, adquiriendo el carácter de “ley publica” en tanto ha sido generada, o al menos procesada hasta cierto punto, en el marco de los procedimientos, instituciones, y organizaciones gubernamentales.

Una legislación adecuada deberá definir los criterios rectores que una sociedad sostiene en torno algunas cuestiones específicas como es el relativo a una política de salud, y en este caso a la salud mental. Su texto deberá establecer en una determinada cantidad de artículos e incisos los objetivos para el cumplimiento de sus fines, definiendo una filosofía para el futuro y ayudando a establecer un modelo de actuación.

La legislación sobre salud mental, por tanto, va más allá de los cuidados y tratamientos no se limita a regular los cuidados de salud mental ofrecidos en las instituciones, sino que proporciona un marco legal para tratar temas complejos relacionados con la salud mental, incluyendo la accesibilidad a la atención, cuidados de alta calidad, rehabilitación y seguimiento, la

integración total de los enfermos mentales en la comunidad, la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud en diferentes sectores de la sociedad.

Las personas con trastornos mentales suelen soportar condiciones de vida muy duras; en algunos lugares, están inmersas en la marginación económica, en parte por la discriminación y en parte por la ausencia de protección legal frente al trato inadecuado. A menudo se les niega la oportunidad de estudiar, de trabajar o de disfrutar de servicios públicos y/u otro tipo de instalaciones. En muchos casos ocurre que ciertas leyes, aunque no discriminan activamente a las personas con trastornos mentales, colocan obstáculos o cargas innecesarias o inadecuadas sobre éstas. Las personas con trastornos mentales, en algunas situaciones, son objeto de vejaciones, como la negación arbitraria de derechos garantizados a cualquier otro ciudadano.

A partir de un proyecto en discusión o una ley legitimada por el parlamento también se definen las prioridades que un gobierno le asigna a la salud mental en relación con otras políticas sanitarias o sociales.

La ley, en síntesis, será el reflejo de la intención de aplicar una filosofía, valores principios y objetivos definidos desde una concepción política. Y en sus apartados más específicos y de índole instrumental deberá establecer un plan que incluya estrategias, plazos, recursos necesarios, objetivos, indicadores y actividades; sin descuidar, la necesaria inserción de las garantías de cumplimiento de la ley dentro de su mismo texto.

La legislación sobre salud mental sostiene una filosofía, valores principios y objetivos definidos desde una concepción política, y por tanto define un modelo sobre salud mental que llevara a un debate profundo de las distintas fuerzas sociales expresadas en el congreso provincial.

Fue el consenso de los diferentes representantes de la comunidad de Córdoba, dentro del marco de la vida republicana, los que posibilitaron la aprobación de una norma que rige en la Provincia y que deberá tener las garantías suficientes de que sea una respuesta real y concreta a la actual realidad que vive la salud mental.

La legislación en cuestión cuenta con una estructura que consta de una primera parte referida a los motivos que animan a la presentación ante la legislatura del proyecto, sus objetivos, las diferentes etapas históricas principales por las cuales paso la República Argentina, haciéndose mención de los modelos que influyeron en cada una de ellas.

Se manifiesta asimismo la necesidad de la modernización de la atención para evitar que estas iniciativas sean frustradas nuevamente, resaltando la necesidad de la aprobación del proyecto en tanto contiene una transformación del sistema y establece una política de Estado. Manifiesto para el cual, es menester construir consensos, haciendo referencia al artículo 59 de la Constitución Provincial y la consecuente obligación de aprobar leyes que reglamenten el ejercicio de los derechos allí consagrados. Son estas, entre otras cuestiones las que expresaron al momento de su presentación las autoridades del Poder Ejecutivo del gobierno de Córdoba.

La ley consta de tres títulos, diez capítulos y cuarenta y cinco artículos que conforman la propuesta presentada ante el parlamento provincial.

Título I: Se refiere a la protección de la salud mental. Conteniendo:

- **Capítulo I:** *Disposiciones generales*
- **Capítulo II:** *Accesibilidad a la atención de la salud mental.*
- **Capítulo III:** *Derechos de los ciudadanos usuarios del sistema de salud mental.*
- **Capítulo IV:** *Recursos presupuestarios en Salud Mental; capítulo VI: Consejo Consultivo para la Salud Mental.*

Título II:

- **Capítulo I:** *Red integral de promoción, prevención y asistencia a la Salud Mental.*
- **Capítulo II:** *Transformaciones Institucionales.*
- **Capítulo III:** *Equipos interdisciplinarios de salud mental.*

- **Capítulo IV:** *Capacitación, docencia e investigación.*

Titulo III:

- 1) **Capítulo I:** *Diagnósticos.*
- 2) **Capítulo II:** *Internaciones.*

TÍTULO I:
PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Capítulo I
Disposiciones generales

La ley en su primer capítulo referido a las Disposiciones Generales, prescribe que su objeto es asegurar el ejercicio de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Garantiza el acceso sin ningún tipo de exclusión, y dentro del marco de un servicio integrado a los servicios generales de salud. Su contenido resalta especialmente el aspecto preventivo, rehabilitador y articulado acerca de los trastornos emocionales u orgánicos.

Determina que la aplicación de la presente ley es responsabilidad del Ministerio de Salud de la Provincia, y la Dirección de Salud mental o el organismo que en el futuro la remplace. En el tiempo que determine la reglamentación deberá proponer bases para un plan provincial de Salud Mental que deberá contener fundamentos, fines, lineamientos y acciones en esta temática en el ámbito de la provincia. Entre sus objetivos deberá plantear: procesos de inclusión social integrando las personas con padecimiento mental en una red de vínculos familiares y de la comunidad, la articulación del sistema de salud mental con el sistema general de salud y con las redes comunitarias e institucionales de la comunidad en general; el redimensionamiento y actualización de las estructuras institucionales.

Capítulo II
Accesibilidad a la Atención en Salud Mental

En el Capítulo Segundo prescribe que el Estado Provincial es el que garantiza el derecho a la accesibilidad a la atención en salud mental a través de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el contexto del territorio provincial.

En el desarrollo de este artículo se asegura la accesibilidad geográfica, económica-social y cultural de todos los ciudadanos al sistema de atención de la salud mental. Para ello, habla de comenzar reforzando los servicios que pertenezcan a los gobiernos municipales o comunales a tal fin, utilizando la modalidad de convenios con los gobiernos locales que tengan como fin la descentralización de los servicios de salud mental y su integración con los sistemas que puedan venir desarrollando en cada localidad. Este aspecto jurídico construido a partir de los acuerdos, Estado Provincial, municipios y comunas, va acompañado con una convocatoria a la participación de la sociedad civil y de la comunidad en la definición y abordaje de las problemáticas de salud mental, fortaleciendo los lazos sociales y redes. La ley intenta lograr una acción que ensanche los vínculos e interrelacione los esfuerzos de los Estado y la comunidad en su conjunto.

Así es que la Provincia contribuirá con la asistencia técnica y económica con el objetivo de mejorar la infraestructura y el equipamiento, desarrollo de equipos interdisciplinarios, mejoramiento del presupuesto para el desarrollo de los servicios de salud mental para acercarse así, a los lineamientos internacionales.

Capítulo III

Derechos de los Usuarios del Sistema de Salud Mental

El Capítulo Tercero compromete al Estado Provincial a proteger a todo aquel ciudadano que requiera servicios de salud mental frente a cualquier tipo de discriminación, en el marco de la legislación vigente y en concordancia con los Convenios internacionales firmados por nuestro país, Constitución Nacional, Provincial y leyes que reglamentan su ejercicio. Previendo la posibilidad que tanto usuarios como familiares de usuarios y otros actores sociales, puedan

constituir organizaciones no gubernamentales que tengan por objeto la promoción, prevención y protección de la salud mental individual y colectiva.

En el mismo capítulo, se enumeran los derechos de pacientes con padecimiento mental, destacándose el derecho a no ser discriminado por ninguna causa, en particular en lo referido a lo motivado directa o indirectamente con su patología, ser informado sobre el tratamiento terapéutico que recibirán, que además debe ser prescripto con la alternativa terapéutica menos restrictiva para su libertad, acceder a su historia clínica a través de sí o su representante legal; ser acompañado en su tratamiento por familiares o allegados; disponer de los psicofármacos necesarios para su tratamiento; no ser objeto de investigaciones o tratamientos experimentales sin su consentimiento y dentro del marco de las leyes vigentes.

Expresamente el artículo 12 hace mención específica de los derechos de los niños y pacientes adolescentes con padecimiento mental, articulando los derechos establecidos por la presente ley con la ley nacional N° 26.061, lo dispuesto por la convención internacional de los derechos del niño y demás tratados internacionales.

Cabe destacar que en la observación de la ley se establece un estrecho vínculo con los principios internacionales de protección de las personas con padecimiento mental, básicamente por lo establecido por las Naciones Unidas, de tal forma que se sostiene en su texto, que lo dispuesto por este organismo internacional se lo considera parte integrante de su texto

Capítulo IV

Recursos Presupuestarios en Salud Mental

En el Capítulo Cuarto, se determina que la asignación de recursos los aportara el Estado Provincial con un avance progresivo y destinado a: servicios locales descentralizados, sobre todo referidos al segmento de la atención primaria de la salud, articulado con otros servicios públicos locales, instituciones de servicios y dispositivos alternativos en salud mental, como por ejemplo hospitales de día, casas de medio camino, residencias compartidas,

protegidas, talleres de capacitación laboral, artísticos, programas de reinserción familiares y comunitarios y acompañamiento terapéutico.

Capítulo V

Consejo Consultivo para la Salud Mental

El capítulo quinto, prescribe la creación del consejo consultivo con el objeto de promover la vigencia del goce individual o colectivo del derecho humano a la salud mental, promoviendo el acceso a los servicios y a sistema generado por esta ley. Este estará integrado por representantes de : Ministerio de salud de la provincia, Secretaria de Derechos Humanos de la Provincia, del Poder Judicial, de las organizaciones gremiales reconocidas en el campo de la salud, representante de las universidades con residencia en Córdoba cuyas carreras sean afines a la presente ley, representantes de Usuarios con personería y actuación reconocida.

Se establece que este consejo consultivo tendrá entre sus funciones: Impulsar la aplicación de la presente ley, formular propuestas de modificación legislativa referidos a Salud Mental o materias que se relacionen con ello; realizar recomendaciones a la Autoridad de aplicación; proponer nuevas alternativas de abordaje y tratamiento de la salud mental.

Capítulo VI

Comité Intersectorial Permanente

En el capítulo sexto, se crea el Comité Intersectorial Permanente cuyo objeto es el abordaje conjunto por parte de organismos gubernamentales de las problemáticas encuadradas en la presente ley que afectan a diferentes grupos poblacionales. Este comité permanente será coordinado por el Ministerio de Salud e integrado por representante de gran parte de los ministerios que conforman el Estado Provincial y que directa o indirectamente se vinculen con este, a los fines del cumplimiento de la presente ley. Este Comité podrá organizar plenarios para debatir cuestiones referidas a su función y además desarrollara, y mencionará con carácter meramente enumerativo actividades como las de consensuar y proponer la ejecución de programas intersectoriales para el abordaje integral de las problemáticas psicosociales, evitar la atomización a través de las articulación de programas; asesorar acerca de la delimitación de las competencias propias de cada jurisdicción y áreas ministeriales. Por último, el Capítulo I del Título II se refiere a la creación de la red integral de promoción, prevención y asistencia en salud mental, prescribiendo específicamente acerca de la transformación institucional. Con este objetivo se crea esta red, bajo el control de la Autoridad de aplicación de la presente ley.

TÍTULO II:

RED INTEGRAL DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y

ASISTENCIA EN SALUD MENTAL.

TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL

Capítulo I

Expresa que estará integrada por instituciones y servicios de salud mental perteneciente al ámbito público y privado. En lo referido a su funcionamiento la red se articulara concertadamente con los integrantes que la conforman, estableciendo una definición de metas y ejecución de acciones que aseguren el cumplimiento de los objetivos de la presente ley. Las instituciones y servicios de salud mental que aquí se refiere son: Instituciones monovalentes, unidades de atención psiquiátrica con dispositivos de contención en crisis e internación breve, hospitales de día, de noche, centros de días y de noche, casas de medio camino, residencias compartidas, protegidas y centros de capacitación socio-laboral. Así también los servicios de salud mental en hospitales generales para el abordaje intrahospitalario y ambulatorio de problemáticas de este tipo, articulados en red con los centros de atención primarias, instituciones monovalentes; dispositivos para la atención domiciliarias de situaciones urgentes y de crisis, articulados a los recursos familiares y comunitarios.

Capítulo II **Transformación Institucional**

El capítulo II del presente título, por un lado define el significado de la palabra institucionalización para la presente ley, y expresa que se trata de la reclusión, internación, guarda o similar por tiempo prolongado, iatrogénica en sus efectos, basado en un padecimiento mental o judicialización, que termina por producir estigmatización, discriminación, cronificación, abandono o exclusión social, restringiendo su libertad o desconociendo su autodeterminación y autonomía. Determina que será a través de la Autoridad de aplicación o el organismo que esta designe, como se procederá a la adecuación de la actual red prestacional de servicios a los términos y condiciones que refiere la ley. Por otro lado, el presente título describe las transformaciones institucionales necesarias para garantizar el principio de territorialidad y accesibilidad de la población a los servicios previstos; promoción del abordaje comunitario mediante el reforzamiento de la atención primaria de la salud mental; inclusión en todos los niveles asistenciales de

programas de prevención, promoción y asistencia oportuna a las problemáticas de salud mental; la desinstitucionalización y desjudicialización de los pacientes con trastornos mentales y su articulación interinstitucional e interjurisdiccional de acciones en salud mental. Para tal fin, la red de prestación de salud, debe hacer una adecuación de sus estructuras físicas, recursos humanos y asistenciales a las normativas que establece la presente. Además tendrá entre sus objetivos, articular los recursos asistenciales y no gubernamentales (ejemplo: obras sociales) y los aportados por la capacidad instalada de la sociedad civil organizada

En la consecución de los siguientes artículos de la ley, se define explícitamente que a los fines de dar cumplimiento a la presente, se deberá sanitariamente planificar la progresiva transformación de las instituciones y servicios de salud mental. Los hospitales generales que cuenten con servicio de salud mental, deben admitir personas con padecimiento mental en situación de crisis, por periodos breves, en las mismas condiciones que cualquier otro paciente del hospital, hasta tanto se evalué interdisciplinariamente su reinserción o derivación a un tratamiento adecuado para el caso. Ningún hospital general podrá denegar la atención del paciente, sea ambulatorio o por internación por el solo hecho de tratarse de una problemática de salud mental, sin haber hecho la interconsulta con los profesionales de la salud mental y haber analizado con ellos la conveniencia de la atención o eventual internación.

El establecimiento de salud mental público o privado que cuente con servicios de internación prolongada, deberán transformarse en un plazo máximo de tres años a partir de la promulgación de esta ley. Además, cada dos años, relevará las instituciones de internación para verificar el número de personas internadas, el tiempo promedio de internación, situación familiar y social, la existencia o no del consentimiento, situación judicial entre otros. Ante el incumplimiento de la institución se la podrá conminar a su cumplimiento.

El artículo 37 de la ley expresamente prohíbe la creación de manicomios o instituciones monovalentes de internación prolongada, tanto sean públicos o privados. Toda la reforma especificada en este capítulo deberá ir acompañada por equipos interdisciplinarios que deben incluir paulatinamente

nuevas modalidades de abordaje. Ejemplo de ello son los operadores comunitarios, acompañante terapéutico, psicoterapeutas de familia, rehabilitadores y facilitadores de actividades socio-laborales, recreativas.

CAPACITACION E INVESTIGACION

Dentro del marco del futuro plan provincial que llevara adelante la Autoridad de aplicación, se implementarán acciones de capacitación en servicios de los equipos interdisciplinarios. La docencia en salud mental estará dirigida a los efectores de salud en general y en particular y otros actores comunitarios significativos para la prevención y atención. También se promueve desde el Estado Provincial la capacitación e investigación de los equipos interdisciplinarios.

En el Título Tercero de la ley, en su capítulo I deja expresamente establecido que en ningún caso debe presumirse la existencia de padecimiento mental a partir de diagnósticos, tratamientos o internaciones previas, demandas familiares, laborales o de instituciones, no basadas en criterios científicos pertinentes de salud mental.

Los diagnósticos interdisciplinarios deben ajustarse a las siguientes premisas: No debe considerarse a la patología de un paciente como un Estado inmodificable, no autoriza a presumir un diagnóstico, la presunción de peligrosidad para sí o para terceros. Salvo que sean evaluados profesionalmente y a través de los criterios establecidos. El mismo procedimiento será exigible para determinar la incapacidad.

En el artículo 48 se prevé que la internación será un recurso terapéutico de excepción, lo más breve posible y siempre ligado con el beneficio del paciente. En caso de ser necesaria la internación, deberá previamente realizarse una evaluación diagnóstica interdisciplinaria y con la firma de dos profesionales del servicio donde se realizaría la internación, debiendo ser un médico y un psicólogo.

En la internación deberá facilitarse el vínculo del paciente con familiares o personas de su entorno.

En los artículos 49 y 50 se hace referencia a las personas internadas bajo su consentimiento y los internados involuntariamente. En las primeras pueden en cualquier momento decidir por si el abandono de la internación, en el segundo caso, se aclara que se utilizara en casos terapéuticos muy excepcionales determinados por la ley.

Los artículos finales hacen referencia a la fecha de entrada en vigencia, el termino máximo admitido para efectuar su reglamentación y la adecuación presupuestaria para la aplicación de la misma.

ENCUADRE METODOLÓGICO

En función del tipo de datos a ser recogidos para llevar a cabo una investigación es posible categorizar a los diseños en dos grandes tipos básicos: diseños bibliográficos y diseños de campo.

Los estudios realizados con informaciones proceden siempre de documentos escritos, pues esa es la forma uniforme en que se emiten los informes científicos, damos a estos diseños el nombre de bibliográficos. Lo que implica sistematizar o reinterpretar datos ya recogidos en el curso de otros estudios.

Partir de un trabajo con materiales ya elaborados, de tipo secundario, determina naturalmente las principales ventajas y desventajas de este diseño. El principal beneficio que el investigador obtiene mediante una indagación bibliográfica es que puede incluir una amplia gama de fenómenos, ya que no sólo tiene que basarse en los hechos a los cuales él tiene acceso de un modo directo sino que puede extenderse para abarcar una experiencia inmensamente mayor. Esta ventaja se hace particularmente valiosa cuando el problema requiere de elementos informativos dispersos en el espacio, que sería imposible acumular de otra manera. Un investigador no puede ir recorriendo todo el planeta en busca de datos de producción o población para hacer luego análisis.

Tener un plan de trabajo, con recomendaciones a tener en cuenta no debe limitarse en la actividad investigadora, que por definición debe entenderse como una acción creativa, antidogmática y no formalista.

Deberán respetarse diferentes etapas que pueden ser de suma utilidad para alcanzar una sistematización adecuada y para permitir un desarrollo ordenado y armónico de la investigación pero, como todas las indicaciones de este tipo, éstas, deben ser ejecutadas con la misma flexibilidad que permita alcanzar resultados positivos y originales.

El trabajo a desarrollar en esta tesis apunta básicamente a realizar un aporte y ampliación a un proyecto que ya fue transformado en ley, motivo por el cual el contenido a exponer, estará referido a una recolección de antecedentes legislativos en los diferentes ordenes del mundo. Por tratarse de leyes, recomendaciones, principios, y algunos proyectos, todos y cada uno de ellos servirán como elementos de sustento en su contenido a una línea de pensamiento que apunta básicamente a garantizar el derecho de acceso a la salud de la población.

Dicho esto, es necesario tener en cuenta que la ley en cuestión recién recorre sus primeros pasos en el ámbito de la provincia, con las indecisiones, ambigüedades y barreras invisibles que la ley encontrará como freno.

El texto para analizar en este trabajo es la ley de salud mental promovido por el Poder Ejecutivo provincial e ingresado a la Unicameral Legislativa de la provincia de Córdoba el 24 de febrero del año 2010 y a través del expediente numero 4599/E/10 y con pase para tratamiento en la comisión de salud el día 16 de marzo del mismo año, siendo aprobada en octubre del año 2011.

ANÁLISIS DE DATOS

Este trabajo se propone un aporte y ampliación a la nueva ley de salud mental en la Provincia de Córdoba, comprendiendo que conceptualmente esta norma va más allá de los cuidados y tratamientos, que no se limita solo a regular los cuidados de la salud mental ofrecidos en las instituciones, sino que proporciona un marco legal para tratar temas complejos relacionados con la salud mental, incluyendo la accesibilidad a la atención, cuidados de alta calidad, rehabilitación y seguimiento, la integración total de las personas con afecciones mentales en la comunidad, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad.

Hay que tener en cuenta que las dificultades de implementación pueden identificarse y corregirse durante la etapa de la elaboración de la norma y la etapa de consulta. Aunque la omisión de algunos aspectos no incluidos después de aprobada la legislación, ameritaría que puede salvarse ese vacío legal, con una reforma posterior, atendiendo a los supremos intereses de la sociedad. Es precisamente esto último lo que aquí se propone. La complejidad de la legislación en salud mental vuelve más difícil su aplicación. En el Manual denominado de “recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS” del año 2006, en la página 135 se expresa “Habitualmente se presta especial atención a la técnica y al proceso de creación de una norma, pero no se concentra demasiada atención al trabajo sobre los modos de implementación hasta que la ley no ha sido adoptada”. En parte, esto es lo que sucede con la ley de salud mental en Córdoba, por eso se sostiene desde este trabajo que el proceso que lleva a la implementación de la norma comienza desde la concepción misma de la legislación de salud mental. Es evidente que la experiencia de una gran parte de los países demuestra que no es lo mismo el texto de la ley, es decir, lo que contiene el papel con lo que luego se interpreta de la misma al querer aplicarse, en el caso que haya convicción de aplicarla integralmente. Por lo tanto es un tema de especial importancia el

incluir aspectos que se vinculan directamente con las maneras en que se deberá ir implementando. Los problemas de su aplicación no solo ocurren en los países que carecen de una tradición en legislación sobre salud mental sino también en aquellos que si la tienen.

Al momento de su aprobación legislativa, y este es núcleo de la propuesta del presente trabajo, deberían haber quedado sentadas en el texto las condiciones en que se llevaría adelante el proceso de aplicación de la nueva legislación y cuáles serían las autoridades y/o participantes que evaluarían este proceso, por otro lado, también en este lapso, que suele ser crítico, seguramente debería permitirse el establecimiento de los procedimientos correspondientes de los órganos de revisión, capacitación de operadores y garantizar que los involucrados estén listos para implementar la ley.

Es por esto que se entiende la necesidad desde este abordaje de formalizar la supervisión de la legislación dentro del mismo texto de la ley, y asegurar que se lleven a cabo tanto su evaluación continua como el proceso de retroalimentación.

La supervisión se viabilizaría a través de la constitución de una comisión revisora y ella debería tener diferentes facultades para cumplir con su objetivo: 1) visitar las instituciones de salud mental para supervisar la implementación de la ley, garantizando que no haya las detenciones involuntarias injustificadas y la restricción de los derechos de los pacientes. 2) monitorear de diferentes modos las condiciones de las instituciones de salud mental, asegurándose de que las prácticas de tratamiento y atención no violen los derechos de personas con trastornos mentales, y asegurarse de que las garantías establecidas por la legislación sean respetadas. 3) podrá esta comisión vincularse con los diferentes órganos creados por la ley con el fin de requerir información, sugerir acciones, evaluar avances dentro de los términos que establece el propio texto de la norma.

4) Entre las formas de monitoreo podrán utilizarse indicadores donde se evalúe su aplicación integral y la participación de los diferentes sectores mencionados en su texto. 5) Debería contar con facultades administrativas y financieras

necesarias para asegurar una implementación efectiva y rápida de la legislación y poner en marcha diferentes acciones como las mencionadas dentro de un cronograma determinado.

Spinoza sostenía “el derecho de cada cual no debería ser otra cosa que la potencia que tiene para existir y actuar. Es decir, desarrollar su potencia de ser” Pero este derecho del cual hablaba Spinoza, depende de la vigencia real de la ley en el caso del acceso a la salud mental.

La propuesta del presente trabajo apunta a encontrar un mecanismo de control y seguimiento, aunque la precisión que deberá tener el texto en los artículos que apunten a este fin, deberán ser consensuados a través de los procedimientos legislativos que le den legitimidad a la reforma. Por la magnitud de lo propuesto es necesario reconocer la limitación, en cuanto a la precisión del contenido y el alcance de la reforma, como en cualquier otro trabajo de este tipo, pero el eje fundamental está planteado en torno a la necesidad de implementar la comisión revisora con los fines propuestos y con aquellos que se puedan consensuar en el ámbito parlamentario

La legislación vigente en salud mental en Córdoba está inserta en una concepción de salud mental colectiva que reivindica corrientes históricas que dignifican, desenajenan y enriquecen las posibilidades de conocimiento y creatividad de las personas, por tanto es sustancialmente importante garantizar su puesta en marcha, incorporando artículos que dispongan con precisión los mecanismos de aplicación de la ley y corroborando la real vocación de abrir un camino de verdadero acceso al derecho a la salud mental de los ciudadanos de Córdoba. También se proponen, actividades que defiendan la aplicación del nuevo texto jurídico desde la comunidad, con una puesta a disposición del conocimiento del psicólogo que se compromete con el interés general. A través de una tarea en forma conjunta con las organizaciones comunitarias, es posible incorporar desde el trabajo social el conocimiento de la ley y en consecuencia el reconocimiento de los derechos que de ella surgen para cada ciudadano.

Es demasiado lo que está en juego. Cada minuto sin trabajar institucional y socialmente esta ley, despoja a muchas personas de sus derechos más elementales, incontables padecimientos de ciudadanos son

insensiblemente desconocidos cuando se omite su espíritu y su práctica. Grandes conglomerados de la sociedad se siguen excluyendo del acceso a sus derechos y garantías constitucionales a partir de un concepto de enfermedad fuertemente arraigado, que actúa como un seleccionador de normalidad y estigmatizador de ciudadanos, disgregando y fraccionando más aun la sociedad. Desglosándola en normales y anormales, exitosos y fracasados, ricos y pobre, protegidos y desamparados..

CONCLUSIÓN

Lo que interesa fundamentalmente en este trabajo es la necesidad de que la nueva ley de salud mental en Córdoba pueda aplicarse en toda su extensión, para lo cual, es necesario asegurar mecanismos de cumplimiento de sus diferentes aspectos. Llevar adelante los cambios, a partir del imperativo de la nueva ley provincial respecto de la “desinstitucionalización progresiva”, no implica solamente considerar la grave e insoluble problemática de las personas internadas por décadas en instituciones asilares, sino que también, la demanda de la población respecto del amplio espectro de padecimientos bio-psico-sociales. Este texto debería ser una bisagra histórica que formule y refleje una nueva concepción de la salud mental, con cláusulas que reaseguren su cumplimiento y garanticen el acceso a la salud mental en la Provincia de Córdoba. La experiencia de lo observado en el contexto nacional deja siempre la pregunta latente en torno a la posibilidad real de su aplicación.

La rica discusión acerca del contenido de la ley, y la suposición de que toda norma nace para ser cumplida, da por sentado de “facto” que la legislación está viva en la sociedad y con plena vigencia, cuestión que a primera vista puede parecer una deducción adecuada, pero que a partir de algunas experiencias en el país y por las condiciones financieras, culturales y políticas, no es tan lineal la posibilidad de llegar a esa conclusión. No se puede soslayar que hay factores que influyen al momento de su puesta en marcha: La inacción del Gobierno Provincial en relación a la reglamentación de la ley, la resistencia corporativa de sectores profesionales, gremiales y empresariales que por experiencia en otras jurisdicciones se deben tener en cuenta y por la indiferencia y los prejuicios de la sociedad.

Es necesario observar aquí parte de la experiencia surgida después de la aprobación de normas similares en otras jurisdicciones del país, ya que esto permite analizar desde diferentes perspectivas la situación puntual de la provincia de Córdoba. En razón de lo mencionado, se trae a colación lo

ocurrido con la ley de Salud Mental N°448 vigente en la Ciudad de Buenos Aires, desde el momento de su sanción en julio del año 2000. La legislación porteña, fue el resultado de intensos debates que formaron parte de un proceso inédito de participación plural en cuanto a la construcción de legalidad social, y que finalmente confluyeron en un claro objetivo: transformar un modelo de atención, decididamente retrógrado. Pero esto no alcanzó para su plena vigencia, a poco de ser aprobado se encontró con su primer inconveniente, ya que su reglamentación demoró cuatro años, es decir el propio poder ejecutivo local no priorizó desde su decisión política, la urgencia que implicaba su puesta en marcha. Desde la ley, se instituyó el Consejo General de Salud Mental (CoGeSam) como ámbito consultivo y de asesoramiento (no vinculante) de la autoridad del área. Compuesto por una pluralidad de representaciones, generó una serie de propuestas, que se elevaron en su momento a cada administración de gobierno y que lamentablemente no fueron consideradas para su instrumentación.

La Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires quedó “en el marco de las promesas incumplidas”, según un documento del Consejo General de Salud Mental en el año 2006. También la Asociación de Psicólogos, las asociaciones psicoanalíticas APA, APdeBA y EFBA, las asociaciones de Musicoterapeutas, de Terapistas Ocupacionales y de Psicopedagogos y otras entidades reclamaron “ al jefe de Gobierno, Jorge Telerman, y al ministro de Salud, Alberto de Micheli, que de una vez por todas den cumplimiento a la Ley de Salud Mental” y reclaman la intervención del Ministerio de Derechos Humanos, ya que “gran cantidad de pacientes están en condiciones de ser externados”.

Al momento de la asunción del actual jefe de la Ciudad de Buenos Aires, Ingeniero Macri, el Dr. Jorge Lemus, a cargo del Ministerio de Salud, el CoGeSam emitió un documento, titulado: “La Salud Mental: entre la crisis y la inacción”, y en cuya redacción se ponía para conocimiento de las flamantes autoridades, no sólo el estado de situación crítico del modelo de atención, sino que básicamente, se ratificaban una serie de propuestas, que progresivamente debían ejecutarse en cumplimiento de la Ley 448 y sus objetivos transformadores. Inmediatamente después de haber publicado este documento

la primera decisión que se tomó, significó la desjerarquización del área de Salud Mental, al bajarla de nivel en la estructura de gobierno. Se pasó de una “Dirección General de Salud Mental”, a una simple “Dirección Adjunta de Salud Mental”, adscribiendo a la misma bajo la órbita de una “Dirección de Redes y Programas. Esta decisión debilitó la aplicación de la propia ley ya que le quitaba jerarquía a la autoridad de aplicación que se menciona en la misma, fragilizándose su órgano más importante para avanzar en su cumplimiento.

Ángel Barraco, Co-coordinador del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional (Regional Bs. As.) a fines del año 2008, expresaba “La sanción de la ley, implica el logro de algunos avances, pero la transformación de fondo sigue aún pendiente. Esa es la tarea inconclusa, “lograr que se cumpla la legislación”, como en el caso de la Ley 448 de Salud Mental, y poder progresar en el establecimiento de un sistema de atención digno, tanto para las personas que demandan atención, como para los trabajadores y profesionales que intervienen en las diferentes instancias”. Habían pasado ocho años de la sanción de la ley.

Buenos Aires cuenta con 2.891.082 habitantes según el censo nacional del año 2010. Existen cuatro hospitales dedicados a la salud mental: los neuropsiquiátricos Torcuato de Alvear, Tobar García, José Tiburcio Borda y Braulio Moyano. Estos dos últimos son los más grandes y albergan al 95% de las personas internadas por problemas mentales. Solamente el Borda recibe 200 mil consultas anuales y tiene más de mil personas internadas.

Trascurre el año 2012 y aún siguen los reclamos por la falta de la implementación de la ley en Buenos Aires. ¿En la realidad de los países latinoamericanos y en particular en la República Argentina se puede decir que hay una cultura de respeto a la ley y acatamiento de las resoluciones judiciales que determinan su aplicación al caso concreto? ¿Cuál ha sido la causa de la falta de cumplimiento de una norma que tiene absoluta vigencia? ¿Cuáles deberían haber sido los recaudos de la ley para que esto no ocurriese, sucumbiendo en otro tipo de intereses las mejores intenciones del texto legal? ¿Este es un aspecto que queda librado solo a la buena predisposición de los funcionarios del poder ejecutivo, o deben los textos legislativos establecer

artículos que firmemente establezcan mecanismos vinculantes que obliguen a su implementación?

¿La sola validación parlamentaria de una ley, cuyo contenido es compartido por gran parte de la comunidad de los profesionales de la salud mental, y luego su aprobación parlamentaria dan garantías suficientes de su puesta en marcha en los tiempos cronológicos designados por la legislación?

Quizás sean estos, varios de los grandes interrogantes a plantearse y que en un apartado precedente fueran desarrollados. La cuestión en torno de la relevancia que se le asigna a los derechos sociales, como es el caso el derecho al acceso a la salud mental ¿está garantizado por la sola aprobación de una ley en la República Argentina?

Es necesario recordar aquí, porque hace mención asimismo al incumplimiento de las normas, y aunque se trate de otra temática, que la propia reforma constitucional realizada en el año 1994 determinó la obligatoriedad de crear una nueva ley de coparticipación para la República, sin embargo a pesar de esta obligación, la ley de coparticipación sigue ausente, habiéndose superado la década de su falta de cumplimiento y en medio de un silencio a voces que distorsionan el desarrollo de un Estado democrático y federal. Como consecuencia de este incumplimiento constitucional, se les niega recursos a las provincias que les son propios y a través de los cuales podrían cumplir con sus obligaciones más elementales. Si esta suele ser la experiencia que contextualmente vivimos en la actual coyuntura histórica en la Argentina ¿no será necesario en la legislación en general y especialmente en los derechos sociales, tener especial cuidado cuando se legisla, aportando contenidos que aseguren su vigencia plena?

Desarrollando ahora la situación de la provincia de Córdoba, se debe partir de aquellos datos principales que permiten situarse en el contexto. En el censo nacional del año 2010 se determinó que la provincia tiene 3.304.825 habitantes, es decir que su ley sobre salud mental operará sobre la realidad de estos datos.

Córdoba tiene actualmente los siguientes hospitales públicos monovalentes de salud mental: Hospital dedicado a la asistencia y con cobertura para la Ciudad

de Córdoba y las comunidades aledañas; Hospital Emilio Vidal Abal, Ruta Nacional 9 Km. 908 enclavado en la localidad de Oliva; Hospital Santa María ubicado en la Ruta Provincial 38 en la circunscripción de Santa María de Punilla; Hospital Central, con sede en General Mosconi 486 en la Ciudad de Río Cuarto; Complejo Asistencial Bell Ville ubicado en Gerónimo del Barco 1302, Ciudad de Bell Ville; Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción, en la Ciudad de Córdoba, sito en Avenida Arenales 191.

Otra es la situación que viven las provincias de San Luis y Río Negro en donde ambas legislaciones han podido avanzar en su aplicación. En particular la provincia de San Luis, la cual, generó su legislación sobre salud mental a través de Ley N° 0536-2006. El ex Hospital Psiquiátrico de la provincia, (hoy Hospital Escuela de Salud Mental) dejó de funcionar por efecto de esta norma y al momento de su desaparición tenía menos de cien internados. La legislación era aplicable solo a ese hospital y su jurisdicción implicaba una soberanía sobre un total de población de la Provincia de 431.158 habitantes, según indicaba el censo 2010

En el caso de la provincia de Río Negro su ley n° 2440 sobre salud mental denominada “tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental”, fue sancionada el 11 de septiembre de 1991, hasta ese momento la asistencia psiquiátrica provincial estaba concentrada en un único Hospital Neuropsiquiátrico. La operatividad de la ley, recae sobre una población de 633.374 habitantes.

De manera que la población sobre la cual operan estas leyes es bien diferenciada, en razón de sus números de habitantes por un lado y de hospitales monovalentes y sus estadísticas de internados por el otro.

Si bien es cierto tanto la ley nacional, como cada una de las de las provincias mencionadas tienen un espíritu similar en cuanto a los objetivos que se proponen, es también evidente que las realidades que tienen la provincia de Córdoba y Ciudad Autónoma de Buenos Aires son diferentes. Los nuevos cuerpos normativos que se han dado luz en el país se han trazado entre sus objetivos principales la desinstitucionalización, y también el de hacerse cargo

el Estado de toda la demanda de la población respecto del amplio espectro de padecimientos bio-psico-sociales.

Estos dos aspectos mencionados obligan advertir que las realidades de Buenos Aires y Córdoba requieren de una legislación acorde a su realidad, particularmente en lo referido a mecanismos de implementación. No tener en cuenta estos datos al momento de elaborar una norma, implica concebir una ley sin hacer una correcta interpretación del contexto de aplicación. Sus consecuencias traen aparejadas la dilación o imposibilidad en el cumplimiento de derechos humanos fundamentales establecidos en el orden internacional y nacional con el consiguiente padecimiento de quienes siendo sujetos de derechos, esperan el amparo de la ley en un Estado de derecho.

Por lo tanto es necesario que sea la propia ley provincial en su articulado el que prevea expresamente una comisión revisora u organismo de control en su aplicación, y que el mismo tenga carácter vinculante.

Otra cuestión a considerar en las conclusiones, es la necesidad del compromiso desde la psicología, para analizar los diferentes aspectos que hacen a la vigencia de la nueva ley, evitando que quede la norma, reducida a su simple efecto declarativo y una mera descripción de contenidos sin efecto alguno sobre las personas. No considerarlos, sería en primer lugar, soslayar la responsabilidad de asumir el nuevo rol que se le está asignando a la profesión del psicólogo desde el texto legal y en segundo lugar no comprometerse en la “batalla” necesaria para que la norma sea no solo texto en el papel sino que a través de la vigencia real de su palabra, se le restituya el derecho a los que hasta hoy no lo disfrutaban. Por ende, tanto durante el proceso de creación como en sus mecanismos de garantía de cumplimiento, cuando la ley ha sido aprobada, debe actuarse con compromiso profesional e ideológico con los nuevos paradigmas incorporados en la nueva legislación y eso implica asumir que la nueva ley y su real vigencia es un problema de todo el campo de la salud mental, especialmente de los psicólogos. ¿Podría quedar el contenido y aquellos aspectos vinculados a la vigencia de la ley solo a cargo del compromiso de los legisladores y especialistas jurídicos? ¿La psicología, como una de las profesiones que tanto aportó al momento de la discusión del

contenido y cuyos profesionales emanados de ella asumirán un rol relevante y decisivo a partir de la ley no deberían preocuparse por estas cuestiones en donde se juega el derecho al acceso a la salud mental y el respeto a los derechos humanos?

Stolkiner dice en cuanto a los paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas, “se desconoce que el campo de la salud, es un espacio de discusión epistemológica, y en cuanto tal política, en el cual antagonizan cuerpos conceptuales y paradigmas diversos” La ley y su cumplimiento es un proceso donde se da esta discusión ¿se puede dejar librado a su buena suerte?

Es el gobierno de la ley al amparo de un Estado fuerte y decidido quien debe representar el interés general reparando la injusticia manifiesta de los que quedan excluidos. Detrás de la demora en la aplicación se esconderán poderosos lobbies que perderían poder y ganancias económicas si se pusiera integralmente en marcha, la nueva legislación. Y aunque puede no ser de rigor técnico, siempre la creatividad de lo poético sintetiza sensiblemente lo que se quiere decir en las últimas palabras de estas conclusiones, El poeta mendocino Armando Tejada Gómez dice “existen dos manera de concebir el mundo, uno salvarse solo arrojando ciegamente los demás de la barca, y el otro es un destino de salvarse con todos comprometer la vida hasta el último naufrago. Esa es la gran tarea a llevar a cabo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AMICO L. (2004) *“Desmanicomialización: Hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud Mental”*. Tesis para obtener el título de Licenciada en Trabajo Social. UBA Buenos Aires. p. 5.
- ARENDR, HANNAH. (1977) *The Life of the Mind*, Harcourt, Brace Jovanovich, Nueva York 1977 [trad. cast, en Centro de Estudios Constitucionales, Madrid 1984. Pp 202.
- ARENDR, HANNAH. (1997) *Qué es la política?* Traducido por Rosa Sala Carbó Ediciones Paidós, Barcelona, 1997. P. 18.
- ARMUS D. (2005) “El viaje al centro: tísicas, costureritas y milonguitas en Buenos Aires 1910 -1930” *Revista Salud Comunitaria Año 1 N° 1* Buenos Aires. P. 81.
- ARMUS D. (2005) “Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970”. Lugar Editorial. Buenos Aires. P. 23.
- ARMUS D. (1996) “Salud y anarquismo: la tuberculosis en el discurso literario argentino” en el libro de LOBATO M Z (Editora) “Política, médicos y enfermedades” .Lectura de historia de la salud en la Argentina. Biblos. Buenos Aires.
- ARTAUD A. (1974) *“Textos”*. Aquarius. Buenos Aires.
- ALAN BADIOU. (2006) *De un desastre oscuro. Sobre el fin de la verdad del Estado*. Ediciones Amorrortu 2006 P. 52-58.
- BERNARD EDELMAN. (2000) *El derecho y la humanidad. Psicoanálisis de los derechos de las personas*. Edit. fff.año 2000. P. 153.
- CARPINTERO E, VAINER A (1960) *“La salud mental antes de la salud mental”* Prólogo del libro del mismo nombre Buenos Aires.
- COHEN H, DE SANTOS B, FISCHÉ A, GALENDE E (1994) “Políticas en Salud Mental” Lugar Editorial. Buenos Aires. PP 58-59.
- CONTI N A (2004) “El contexto sociopolítico y cultural en torno a la organización nacional”. *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría N°1*. Buenos Aires. P. 21.

- Diccionario Latinoamericano de Bioética (2008)*. Unesco y Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos. P. 243-246.
- ENRIQUE SAFORCADA, DE LELLIS, MOZOBANCYK. *Psicología y salud pública, nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós. P. 77-88
- GALENDE E (1994) "El manicomio en la situación actual" en *Políticas de Salud mental* Lugar Editorial. Buenos Aires. P. 68-69.
- GILOU GARCÍA REINOSO (1991) "Notas preliminares para un estudio de la institución de salud". *Revista El Espacio Institucional*. Lugar Editorial. Año 1 N° 1. Pág. 89.
- GIORGIS V. (1990) "Vínculo marginalidad y Salud Mental" Roca Viva Editorial, Montevideo. Uruguay.
- GOBERNA TRICAS J. (2002) "La Enfermedad a lo largo de la historia". Artículo *Revista Evidentia* N° 23. Año 6. España. P. 25.
- GOFFMAN I (1980) "Internados".
- LARDIES GONZALEZ J. (1991) "Historia de la Psiquiatría Universal Argentina" Promedicina. Buenos Aires. P.121.
- LOBATO M Z (Editora) (1996) "Política, médicos y enfermedades" .Lectura de historia de la salud en la Argentina. Biblos. Buenos Aires.
- MALVAREZ S. (2000) "La enfermedad mental en el tiempo" Apunte de cátedra Enfermería en salud mental y Psiquiatría. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. UNC Córdoba.
- Mental Health Legislation and Human rights Organización Mundial de la Salud 2003. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental legislación sobre salud mental y derechos humanos, Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003.
- MICHEL FOUCAULT. NIETZSCHE, FREUD, MARX. Una política de interpretación. Ediciones el cielo por asalto. P. 14.
- MOFFAT A (1974) "Psicoterapia del oprimido". Ecor Editorial. 2° edición.
- TITO, R RICCI, M TITO R (2004) "Historia de la Enfermería" El Ateneo. Buenos Aires. P. 114.
- VICTOR GEORGI. (1990) Edit.Roc.Viva.Edic.1990. P. 69-71.

VOLNOVICH J (1995) "El discurso Institucional y la institución psiquiátrica"
Revista El espacio Institucion Buenos Aires.

RESUMEN

El siguiente proyecto es una investigación que tendrá por objetivo proponer un aporte y ampliación a la ley de salud mental en la provincia de Córdoba, incluyendo el contenido de nuevos artículos que signifiquen formalizar dentro del marco normativo la supervisión de la implementación de la legislación a través de una comisión revisora. El aporte es con el fin de garantizar la plena vigencia de la ley y como consecuencia el pleno acceso de los ciudadanos al derecho a la salud mental.

Por otro lado un análisis sobre la nueva realidad jurídica y el compromiso del psicólogo en su implementación, la participación comunitaria, el reconocimiento de la titularidad de derechos de quienes sufren padecimientos psíquicos y la vocación universal de la ley de salud mental para integrar a toda la sociedad en el proceso de transformación.

Palabras claves.

Aporte y ampliación. Ley de salud mental en Córdoba. Compromiso del psicólogo en implementación.

ABSTRACT

The following is a research project which will aim to propose a contribution and expansion of mental health law in the province of Córdoba, including the content of news articles that involve formalized within the regulatory framework of the implementation of supervision legislation through of a review committee. The contribution is to ensure full respect for the law and consequently the full access of citizens the right to mental health.

On the other hand an analysis on the new legal reality and commitment of the psychologist in their implementation, community participation, recognition of ownership rights of those suffering from psychic disorders and universal vocation mental health law to integrate all society in the process of transformation.

keywords.

Contribution and expansion. Mental Health Act in Córdoba. Commitment of the psychologist in implementation.

Formulario descriptivo del Trabajo Final de Graduación

Este formulario estará completo sólo si se acompaña de la presentación de un resumen en castellano y un abstract en inglés del TFG

El mismo deberá incorporarse a las versiones impresas del TFG, previa aprobación del resumen en castellano por parte de la CAE evaluadora.

Recomendaciones para la generación del "resumen" o "abstract" (inglés)

“Constituye una anticipación condensada del problema que se desarrollará en forma más extensa en el trabajo escrito. Su objetivo es orientar al lector a identificar el contenido básico del texto en forma rápida y a determinar su relevancia. Su extensión varía entre 150/350 palabras. Incluye en forma clara y breve: los objetivos y alcances del estudio, los procedimientos básicos, los contenidos y los resultados. Escrito en un solo párrafo, en tercera persona, contiene únicamente ideas centrales; no tiene citas, abreviaturas, ni referencias bibliográficas. En general el autor debe asegurar que el resumen refleje correctamente el propósito y el contenido, sin incluir información que no esté presente en el cuerpo del escrito.

Debe ser conciso y específico”. Deberá contener seis palabras clave.

Identificación del Autor

Apellido y nombre del autor:	
E-mail:	
Título de grado que obtiene:	

Identificación del Trabajo Final de Graduación

Título del TFG en español	
Título del TFG en inglés	
Tipo de TFG (PAP, PIA, IDC)	
Integrantes de la CAE	
Fecha de último coloquio con la CAE	
Versión digital del TFG: contenido y tipo de archivo en el que fue guardado	

Autorización de publicación en formato electrónico

Autorizo por la presente, a la Biblioteca de la Universidad Empresarial Siglo 21 a publicar la versión electrónica de mi tesis. (marcar con una cruz lo que corresponda)

Autorización de Publicación electrónica:

- Si, inmediatamente
- Si, después de mes(es)
- No autorizo

Firma del alumno