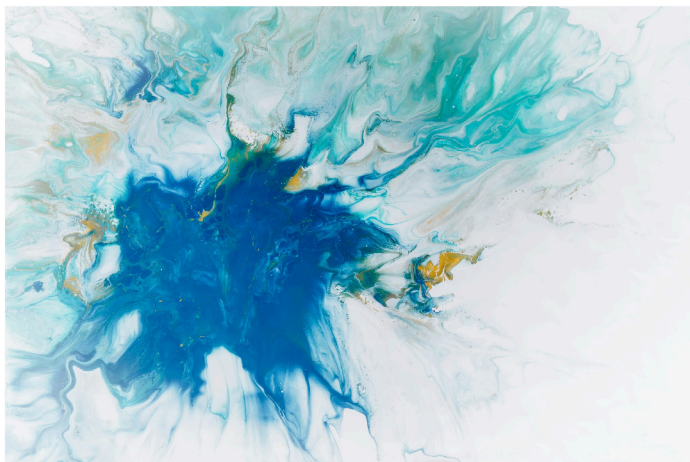


SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

Política, clínica y comunidad



ADELQUI DEL DO

PRÓLOGO DE LEONARDO GORBACZ
Y JULIETA CALMELS

t
teseo

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

Política, clínica y comunidad

Adelqui Del Do



Salud mental y derechos humanos: política, clínica y comunidad /
Adelqui Del Do... [et al.]. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos
Aires: Teseo, 2026. 212 p.; 20 x 13 cm. ISBN 978-987-723-507-4
1. Salud Mental. 2. Derechos Humanos. I. Del Do, Adelqui
CDD 353.64

© Editorial Teseo, 2026
Buenos Aires, Argentina
info@editorialteseo.com | **www.editorialteseo.com**
Hecho el depósito que previene la ley 11.723

DOI: 10.55778/ts877235074

Imagen de tapa: Pawel Czerwinski en Unsplash

Las opiniones y los contenidos incluidos en esta publicación son
responsabilidad exclusiva del/los autor/es.



EBOOK



TeseoPress Design (www.teseopress.com)

ExLibrisTeseoPress 264432. Sólo para uso personal
teseopress.com

A mi hijo León

Índice

Prólogo	11
<i>Leonardo Gorbacz y Julieta Calmels</i>	
Introducción	15
<i>Karina Davis</i>	
Presentación.....	17
<i>Adelqui Del Do</i>	
Apartado I. Derechos humanos y salud mental	19
Derechos humanos y salud mental. Un encuentro necesario	21
Movimiento de derechos humanos en Argentina y sus aportes fundamentales al campo de la salud mental	35
15 años de la Ley Nacional de Salud Mental. Logros, tensiones y desafíos.....	51
Políticas públicas en salud mental. Desafíos del psicoanálisis y el papel de la universidad pública.....	59
La reforma bonaerense en salud mental. Del encierro al cuidado comunitario	65
<i>Roxana Amendolaro y Adelqui Del Do</i>	
En defensa de la Ley Nacional de Salud Mental.....	77
<i>Alexandra Kohan y Adelqui Del Do</i>	
A desmanicomializar, a desmanicomializar... ..	81
<i>Leonardo Gorbacz y Adelqui Del Do</i>	
Apartado II. Políticas de drogas y derechos humanos ..	85
Derechos humanos y políticas públicas sobre drogas.....	87
De Auschwitz a Jalisco	105

El usuario de sustancias es un sujeto de derechos 111

**Apartado III. Efectos sociales y subjetivos de la
violencia institucional 119**

Violencia institucional 121

Violencia institucional, neutralidad y salud pública..... 131

Políticas del mal 139

Desiré Conte, Cecilia Calloway y Adelqui Del Do

La pedagogía del horror. Crueldad y narcotráfico 145

El castigo del inimputable 151

Mariano A. Poblet Machado y Adelqui Del Do

El problema no es la falta de *taser*, es la policía a cargo
de la salud 159

Esteban Rodríguez Alzueta y Adelqui Del Do

11 años de impunidad 165

**Apartado IV. Cine, subjetividad y derechos
humanos 169**

Lo común en el porvenir 171

La gestión frente a lo desconocido 177

Cuando acecha la crueldad 183

☐ *No miren arriba!* 189

27 largas noches 193

Roxana Amendolaro y Adelqui Del Do

“El momento Waldo” 199

Desiré Conte y Adelqui Del Do

Nota final 205

Agradecimientos 209

Prólogo

LEONARDO GORBACZ Y JULIETA CALMELS

¿Por qué un libro sobre salud mental y derechos humanos en este momento? ¿Por qué un libro que repasa las luchas históricas, desde el nazismo hasta la dictadura argentina, en este momento? ¿Por qué volver a echar luz sobre las violaciones a sus derechos que sufren las personas que transitan algunas instituciones de salud mental y las experiencias para desterrar esas prácticas, en este momento?

Atravesamos una crisis de salud mental de la población caracterizada por un aumento de las manifestaciones de padecimiento y un debilitamiento de las políticas nacionales que debieran articularse para hacerles frente. Tal vez por primera vez en la historia transitamos una epidemia en medio de un ajuste económico que incluye recortes a las políticas que deberían atenderla.

También, quizás por primera vez, la salud mental es un tema en la agenda política, en la agenda mediática y en la conversación social, aunque hablar de “conversación social” en tiempos de redes sociales, competencia exacerbada y violencia desatada tal vez sea un poco ingenuo.

Rota la conversación, lo que se despliega son enunciados vinculados a situaciones de salud mental que conducen rápidamente a una lógica reduccionista y binaria de buenos y malos, de “gente de bien” que necesita, para constituirse como grupo, de un afuera en quien depositar lo malo.

Así, en lugar de hacer un diagnóstico o un estudio epidemiológico que nos permita ubicar algún orden de causalidad que explique este fenómeno que estamos atravesando, lo que aparece son demandas enloquecidas de soluciones urgentes a problemas que ni siquiera se alcanzan a entender.

En ese contexto, no llama la atención que una de las propuestas que resuenan permanentemente para responder a esta crisis sea la reforma de la Ley Nacional de Salud Mental a tono con la lógica del securitarismo imperante.

Ya no estamos solo frente al peligro de retornar a un sistema manicomial que vigile y castigue a las personas con padecimientos mentales, sino frente a la instalación de un sistema que utilice las instituciones, los dispositivos y las tecnologías del campo de la salud mental para controlar al conjunto de la población.

Si la Ley Nacional de Salud Mental sancionada en 2010 nació como una ley de protección de derechos de una minoría vulnerabilizada, su reforma o derogación agitada 15 años después no solo amenaza a esa minoría sino a la población en general y, en última instancia, a la democracia misma.

En un hecho que podríamos denominar “lapsus institucional”, se difundió hace un año aproximadamente una circular del SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) que ordenaba al personal de las ambulancias internar a las personas en situación de calle, aunque no tuvieran criterio médico. Ante el escándalo producido, dicha circular fue derogada. Pero existió. Por lo tanto, lo que quedó claro es que la búsqueda no es facilitar internaciones de personas con problemas de salud mental, sino utilizar los mecanismos de la ley de salud mental, distorsionándolos cuando no les es posible modificarlos, para encerrar a discreción a quien moleste. En este caso por estar en la calle, pero eso abre las puertas a que se lo haga a manifestantes, militantes, disidentes políticos o diversidades que no sean del agrado del poder político.

Mientras que algunos sectores agitan la falsa idea de que la ley no permite internar, el gobierno cierra camas, desfinancia los presupuestos provinciales que son responsables de la mayor parte del sistema público y libera a las prepagas para que definan las cuotas de los planes de atención, lo

cual resulta en la expulsión de miles de afiliados del sistema privado.

En resumen, estamos frente a una crisis que, lejos de ser abordada con herramientas epidemiológicas y criterio sanitario, es utilizada para justificar un retroceso en términos de derechos humanos, ya no de una minoría sino del conjunto de la población.

Entonces sí. Es el momento de poner en palabras, de reconstruir memoria, de volver a pensar cómo históricamente la salud mental fue vehículo de control social y segregación. Es momento de historizar cómo fue que, en el mundo, pero particularmente en Argentina, fuimos desandando ese camino. Quiénes y cómo lo hicieron. Es momento de repasar la manera en que las luchas políticas generan cambios, promueven leyes, disparan procesos, provocan tensiones, movilizan recursos, construyen colectivos, producen conocimientos que se transmiten a las nuevas generaciones, habilitan nuevos proyectos de vida y propician nuevos actores en la escena pública. Y eso es lo que nos viene a proponer Adelqui.

Estos artículos, escritos a veces en soledad y a veces con otros, han sido publicados en diferentes momentos, pero adquieren hoy una nueva significación a la luz de la decisión de su autor de compilarlos y publicarlos haciendo de ellos una unidad que nos ayuda a iluminar una etapa oscura, recuperando la memoria no como ejercicio de la nostalgia, sino con la intención de mostrarnos lo que otros y otras han podido lograr en otras etapas oscuras de nuestro país y de la humanidad, para que podamos sacar de allí la inspiración y las enseñanzas que nos permitan hacer algo con este presente que a veces parece asfixiante.

Estos días reflexionábamos con colegas, compañeras y compañeros acerca de que hay una línea muy delgada que separa la coherencia de la tozudez, y que para llegar a destino a veces es necesario cambiar de ruta.

Los invitamos a leer este libro con esa clave: cómo sostener, frente a un escenario crítico, una coherencia que

no nos transforme en estatuas rígidas sino que nos permita encontrar nuevos caminos para llegar al lugar donde siempre, nosotros y quienes lucharon antes que nosotros, quisimos estar: el de una salud mental que se construye con participación comunitaria y el de una comunidad que se enriquece alojando las diferencias.

Introducción

KARINA DAVIS

Este volumen reúne una selección de trabajos publicados por Adelqui Del Do entre los años 2021 y 2025 con el propósito de condensar en pocas páginas una posición ética y política que el autor ha sostenido de manera incansable en cada uno de los espacios que habita. Los artículos aquí compilados abordan temáticas diversas, pero están atravesados por un hilo común: una lectura crítica —a veces apasionada, otras veces mordaz— que insiste en interpelar a usuarios, trabajadores de la salud mental y responsables de políticas públicas para que las prácticas del campo se piensen y ejerzan desde una perspectiva plena de derechos humanos.

Estos textos respiran ideas, preguntas, esperanzas, pero también alertas frente a los retrocesos y tensiones que atraviesan las políticas públicas. En su conjunto, componen una cartografía honesta y rigurosa de un proceso histórico que tiene como vector la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, faro normativo que — pese a las resistencias, las demoras y las disputas institucionales— continúa marcando el horizonte de transformación del sistema de salud mental en Argentina.

A lo largo de los años, Adelqui Del Do ha sostenido la necesidad de trabajar por la plena vigencia de esta ley. Sus intervenciones —siempre situadas, siempre políticas— apuntan a consolidar un paradigma que deje definitivamente atrás el modelo manicomial y fortalezca prácticas de cuidado y acompañamiento comunitario, basadas en la dignidad, la autonomía y la justicia social.

Invitamos a sumergirse en estas páginas, acompañando una idea central: la salud mental como un campo en disputa que exige posicionamiento y acción. Una perspectiva que

no se agota en la letra de la ley, sino que se juega en cada territorio, en cada institución y en cada vínculo que puede sostener —o deshacer— la vida de las personas.

Hacia allí vamos. Y este libro es, también, una manera de seguir abriendo camino.

Presentación

ADELQUI DEL DO

Este libro nació al calor de una práctica concreta, de un recorrido que no empezó en las aulas ni en los escritorios, sino en los territorios donde el sufrimiento humano se vuelve experiencia viva. Durante años intenté pensar y trabajar la salud mental desde una perspectiva integral, que no se limitara a diagnósticos ni protocolos, sino que pudiera alojar las marcas que dejan las desigualdades, las violencias institucionales, la pobreza, el abandono del Estado, los consumos problemáticos y las condiciones materiales de existencia.

En ese camino, los derechos humanos no fueron un adorno conceptual: fueron un *punto de partida*. Comprendí que toda práctica en salud mental es, antes que nada, una práctica política. Y que cada intervención, cada acompañamiento, cada decisión clínica o institucional produce consecuencias en la vida de las personas. La salud mental no es un asunto técnico: es un campo en disputa donde se juega el modo en que una sociedad decide tratar a quienes sufren.

Los capítulos que integran este libro fueron escritos entre 2021 y 2025, en distintos momentos, contextos y debates públicos. Algunos nacieron como intervenciones coyunturales; otros, como reflexiones más amplias sobre la historia del movimiento de derechos humanos, las políticas públicas de salud mental, la violencia institucional, el modelo manicomial, los consumos problemáticos o la dimensión subjetiva del malestar contemporáneo.

A lo largo de estos años también tuve la oportunidad de escribir junto a colegas y compañeros con quienes comparto una misma sensibilidad ética y política. En este libro aparecen textos coescritos con Leonardo Gorbacz, Alexandra Kohan, Esteban Rodríguez Alzueta, Desiré Conte, Cecilia

Calloway, Mariano Poblet Machado y Roxana Amendolaro. Esas colaboraciones no solo enriquecieron las reflexiones, sino que habilitaron un intercambio fecundo donde distintas miradas, disciplinas y recorridos se entrelazan para pensar, de manera colectiva, los desafíos del campo de la salud mental y los derechos humanos.

Los textos no fueron pensados originalmente como un libro. Pero con el tiempo se volvió evidente que había entre ellos un hilo común, una insistencia que volvía una y otra vez: *la necesidad de sostener un paradigma ético-político que ponga la dignidad humana por encima del encierro, del castigo y de la crueldad.*

Este volumen intenta ordenar ese recorrido para que dialogue con nuevas generaciones de trabajadores de la salud mental, con estudiantes, con militantes, con responsables de políticas públicas y con todas aquellas personas que entienden que cuidar la salud mental también es cuidar la democracia.

Escribo desde un país que conoce como pocos la potencia de los organismos de derechos humanos, sus luchas y sus conquistas. Fue esa tradición la que abrió el camino para repensar las instituciones psiquiátricas, denunciar las violaciones de derechos en los manicomios, reclamar la desmanicomialización y construir alternativas comunitarias que restituyan autonomía y ciudadanía.

Este libro es, en ese sentido, un homenaje y una continuidad: un intento de seguir pensando cómo transformar el sufrimiento en posibilidad, cómo disputar sentidos frente a los discursos de odio y cómo sostener políticas públicas que amplíen derechos aun en tiempos de retrocesos.

No es un libro neutral. No podría serlo. Parte de una convicción simple y radical: *no hay salud mental sin derechos humanos.*

Lo que sigue son trazos de un recorrido que todavía está en tránsito y que seguirá escribiéndose mientras exista la voluntad colectiva de crear, en cada territorio, una vida más habitable para todos.

Apartado I. Derechos humanos y salud mental

Derechos humanos y salud mental

Un encuentro necesario

No hay clasificación del universo que no sea arbitraria y conjetural.

Jorge Luis Borges (1952)

Una relación posible

¿Por qué resulta fundamental la perspectiva de derechos humanos para abordar las problemáticas de salud mental? ¿Por qué los derechos humanos son centrales para las políticas públicas de drogas y de consumos problemáticos? Ambos conceptos, de origen occidental y moderno, se han ido entrelazando con el paso del tiempo. Los derechos humanos como hijos de la Revolución francesa y la salud mental como hija de la medicina moderna.

Los *derechos humanos* los entendemos como un conjunto de libertades y derechos que apuntan a garantizar y satisfacer condiciones indispensables para el desarrollo de una vida digna, “sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”¹, que permiten crear una relación integrada entre la persona y la comunidad, posibilitan a los individuos constituirse como sujetos de derechos,

¹ Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 2).

identificarse consigo mismos y con los demás. Los derechos humanos se caracterizan por ser universales, inalienables, indivisibles e interdependientes.

Consideramos el paradigma de los derechos humanos como un marco de referencia para pensar e implementar las políticas públicas; paradigma vinculado estrechamente a procesos históricos/sociales que ha ido irrumpiendo en el campo que nos ocupa fundamentalmente a partir de la lucha contra las violaciones de derechos humanos en las instituciones de salud mental. Michel Foucault (1961), en la *Historia de la locura en la época clásica*, documenta históricamente y justifica teóricamente que todo encierro es político y que tiene un rol fundamental para los procesos de subjetivación y control de las sociedades. Además, dicho escrito da cuenta de la construcción histórica de la locura y de la salud mental.

De la misma manera, el concepto de *salud mental* ha evolucionado a lo largo de la historia, influenciado por cambios culturales, científicos, políticos y sociales. La salud mental es un campo de disputas ideológicas y de políticas públicas siempre en tensión.

En las últimas décadas, la mercantilización de la salud mental, la privatización de servicios y la medicalización de la vida cotidiana han ido reduciendo el bienestar y el malestar a un problema individual, ignorando determinantes sociales como la pobreza o la desigualdad.

El concepto de salud mental ha transitado desde visiones religiosas o punitivas hasta enfoques integrales, con tensiones entre modelos medicalizantes y perspectivas críticas que destacan su dimensión social y política. Hoy, tenemos que reconocerla como un derecho fundamental vinculado a la justicia social.

Si bien la relación entre salud mental y derechos humanos es compleja y se encuentra en tensión permanentemente, vamos a establecer una *relación histórica* y una *relación conceptual/normativa*.

Relación histórica: de la exclusión a la protección de derechos

Partimos de la idea de que los derechos humanos siempre están vinculados a procesos de luchas, a momentos históricos y a conquistas de los sectores excluidos. El primer antecedente histórico de esta relación fueron las violaciones sistemáticas de derechos humanos en los hospitales de salud mental. Podemos afirmar que la historia de la salud mental es una historia de vulneración de derechos. Las personas con problemas de salud mental fueron estigmatizadas, aisladas en instituciones cerradas y sometidas a tratos inhumanos (como lobotomías, restricciones físicas o electroshock sin consentimiento). Esto reflejaba una negación de su dignidad y autonomía, en línea con modelos médicos paternalistas y coercitivos. Si bien el hospital psiquiátrico tuvo un origen humanista, con el transcurso del tiempo se transformó en un depósito de personas y la “psicoterapia” en algo más cercano al castigo que a algún tipo de tratamiento.

A fines del siglo XVIII, en el contexto de la Revolución francesa y de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789), surgió un nuevo paradigma, que intentó humanizar el trato hacia las personas consideradas “locas”. Philippe Pinel, médico francés, es recordado como el iniciador de esta transformación al liberar a los pacientes de las cadenas en el Hospital Bicêtre y luego en La Salpêtrière. Su gesto fue interpretado como un acto fundacional de la psiquiatría moderna, en sintonía con los ideales ilustrados de libertad, igualdad y dignidad humana. Sin embargo, aunque supuso una ruptura con la brutalidad anterior, también consolidó un nuevo modelo: la creación del hospital psiquiátrico como espacio de aislamiento y control social.

Con el tiempo, estos establecimientos —nacidos bajo un discurso humanista— se transformaron en instituciones cerradas que reproducían exclusión, encierro y

disciplinamiento. La “protección” que proponía el alienismo terminó generando un sistema donde la vigilancia predominó sobre el cuidado y donde la voz de los pacientes fue sistemáticamente silenciada. Así, la misma modernidad que proclamaba derechos universales instaló dispositivos que negaban esos derechos en nombre de la razón y del orden social. La historia de los manicomios revela esta paradoja: surgieron para “liberar” del maltrato, pero pronto se convirtieron en escenarios donde la vulneración de derechos se volvió estructural, lo que inauguró una larga tradición de violencias que la salud mental contemporánea aún lucha por dismantelar.

La participación social en el campo de la salud mental: “Nada sobre nosotros sin nosotros”

En el siglo XX, movimientos desmanicomializadores, como la reforma psiquiátrica en Italia con Franco Basaglia y el activismo de usuarios/supervivientes de la psiquiatría, denunciaron estas prácticas y exigieron un enfoque basado en derechos. Desde los años 60 y 70, organizaciones de personas con discapacidad, como Disabled Peoples’ International, impulsaron un cambio de paradigma, según el cual se pasaba de un modelo médico, que veía la discapacidad como un problema individual, a un modelo social.

Las organizaciones y personas con discapacidad exigieron autonomía, participación plena e igualdad de oportunidades, inspiradas por otros movimientos sociales (derechos civiles, feminismo, lucha contra el *apartheid* en Sudáfrica). Aunque existían tratados, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), ninguno abordaba específicamente los derechos de las personas con discapacidad. Además del contexto de presión de la sociedad civil, se sumó la de los organismos internacionales de derechos humanos.

Organizaciones como Amnistía Internacional y Human Rights Watch documentaron violaciones sistemáticas de

derechos. Fue la primera vez que personas con discapacidad y sus organizaciones participaron directamente en la elaboración de un tratado internacional que se adoptó por amplio consenso en 2006 y se convirtió en uno de los tratados de derechos humanos con más ratificaciones en menos tiempo.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) es el primer tratado vinculante que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derechos, no como objetos de la caridad. Ha influido en reformas legales en más de 180 países, promoviendo la accesibilidad universal, la educación inclusiva y la no discriminación. Su Protocolo Facultativo permite denuncias individuales por violaciones a los derechos de personas con discapacidad.

En resumen, la CDPD surgió en un contexto de lucha por la inclusión, con un fuerte impulso de la sociedad civil y un cambio en la visión internacional sobre la discapacidad, que pasó de la marginación al reconocimiento de derechos humanos plenos.

En nuestro país, un ejemplo muy claro de lo que estamos describiendo es la propia Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Si bien Leonardo Gorbacz fue su autor y el protagonista de un enorme trabajo, la ley también fue producto de procesos de luchas de múltiples organizaciones de derechos humanos, de organizaciones sociales, de usuarios y de profesionales. La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N.º 26.657 de Argentina fue sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre de ese mismo año. Su surgimiento respondió a un contexto social y político marcado por la lucha por los derechos humanos, la necesidad de reformar el sistema de salud mental y la influencia de estándares internacionales en la materia. La ley se enmarcó en un proceso de modernización del sistema de salud pública, junto a la creación del Programa Nacional de Salud Mental (2008). También estuvieron presentes en su génesis la presión de la sociedad civil, los usuarios y

usuarias de los servicios de salud mental y sus familiares, y organismos internacionales: el Relator Especial de la ONU sobre Tortura había criticado en 2007 las condiciones de los psiquiátricos argentinos; otras organizaciones, como la Red Argentina de Arte y Salud Mental y el Foro de Salud Mental, lograron colocar el tema en la agenda legislativa, lo que generó intensos debates parlamentarios y resistencias. El proyecto enfrentó oposición de sectores médicos tradicionales y asociaciones psiquiátricas que defendían el modelo manicomial. Finalmente, se aprobó con consenso multipartidario, con rol destacado del legislador Leonardo Gorbacz, autor del proyecto. Asimismo, un antecedente inmediato fueron los Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos organizados por la Asociación Madres de Plaza de Mayo. Importa destacar la labor incansable de La Colifata, el Frente de Artistas del Borda, el Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales y su informe *Vidas arrasadas*, entre otros.

Reconocimiento internacional

La CDPD fue adoptada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el 13 de diciembre de 2006. Su surgimiento estuvo influenciado por un contexto social y político específico, marcado por luchas históricas y avances en el derecho internacional de los derechos humanos.

Nuestro país ratificó la CDPD en 2008, a través de la Ley 26.378. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es un instrumento internacional de derechos humanos. Obliga a los Estados partes a

- Promover, proteger y garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad.
- Garantizar que las personas con discapacidad gocen de plena igualdad ante la ley.

- Reconocer el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado, a la protección social y al acceso a servicios y asistencia adecuados.

La Convención está supervisada por el Comité de Expertos de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. Su artículo 12 (sobre capacidad jurídica) marcó un hito al establecer que las personas con discapacidad psicosocial tienen derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento y su vida, con apoyos en lugar de sustitución.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) interpreta la salud mental como parte integral del derecho a la salud (art. 10 del Protocolo de San Salvador) y del derecho a una vida digna (art. 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos [CADH]).

Plantea la protección contra la tortura y tratos crueles (art. 5, CADH), especialmente en casos de internamientos forzados o maltrato en instituciones psiquiátricas.

La CIDH ha desarrollado estándares sobre personas privadas de libertad en sus informes anuales y temáticos, en los que establece la obligación de los Estados de garantizar condiciones dignas de detención y atención integral de la salud, incluida la salud mental. Así, la CIDH ha intervenido en casos de violaciones a los derechos de personas con problemas de salud mental, como:

- Internamientos involuntarios sin garantías procesales.
- Falta de acceso a tratamientos adecuados.
- Condiciones inhumanas en hospitales psiquiátricos (ej.: el caso del Centro de Rehabilitación Neuropsiquiátrico en Paraguay).

Ha otorgado medidas cautelares para proteger a personas en riesgo, como en el caso J.C.Z.R. (Argentina, 2023)²,

² Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Resolución de medida cautelar a favor de J.C.Z.R. respecto de Argentina, 2023. La Comisión consideró que la persona se encontraba en una situación de gravedad y

donde ordenó al Estado garantizar tratamiento adecuado a una persona con discapacidad severa.

La CIDH plantea la protección de la salud mental como derecho humano, exige a los Estados políticas basadas en el enfoque comunitario, la no discriminación y el respeto a la autonomía. Su labor incluye monitoreo, informes, casos contenciosos y la promoción de estándares regionales para erradicar prácticas abusivas en el ámbito de la salud mental.

Relación conceptual/normativa: intersección fundamental y necesaria

La intersección entre salud mental y derechos humanos se fortaleció notablemente tras los Juicios de Núremberg, especialmente el Juicio a los Médicos, que se llevó a cabo entre 1946 y 1947. Estos juicios pusieron de manifiesto la gravedad de las violaciones éticas y humanas perpetradas por profesionales de la salud durante el régimen nazi. Los crímenes cometidos, que incluyeron experimentos con humanos sin consentimiento, torturas y muertes, revelaron la urgencia de establecer principios éticos universales que protegieran la dignidad y los derechos de los pacientes. Como resultado, se redactó el Código de Núremberg, un conjunto de directrices fundamentales para la investigación médica que subrayó la necesidad del consentimiento informado y el respeto absoluto por la autonomía del individuo.

El Código de Núremberg marcó un antes y un después en la bioética. Estableció que ningún experimento médico podía realizarse sin el consentimiento voluntario y plenamente informado de los participantes. Este principio se

urgencia, con riesgo de daño irreparable a sus derechos, y solicitó al Estado adoptar medidas para proteger su vida e integridad personal, incluyendo la provisión de atención adecuada en salud, conforme a los estándares interamericanos y a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

convirtió en un pilar esencial para la protección de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental, dado que aseguró que las prácticas médicas y terapéuticas respeten la voluntad y la dignidad de las personas. El consentimiento informado se consolidó, así, como una salvaguarda contra cualquier forma de coerción o abuso, y su aplicación se extendió a todos los contextos de atención sanitaria, incluyendo los abordajes en salud mental.

En el marco de la salud mental, el Código de Núremberg y el principio de consentimiento informado se integran en un enfoque de derechos humanos que rechaza la coerción y promueve la autonomía. Las normas internacionales, como la CDPD, refuerzan esta perspectiva al exigir servicios de salud mental accesibles, inclusivos y libres de discriminación. De este modo, la salud mental se convierte en un campo de intervención donde la ética y los derechos humanos convergen para garantizar que la atención no solo sea efectiva, sino también respetuosa y justa para todas las personas.

Además, los Juicios de Núremberg dejaron expuesto un aspecto central para el campo de la salud mental: el exterminio sistemático de personas con padecimientos mentales durante el programa Aktion T4, legitimado por médicos y funcionarios del Estado nazi. Este episodio mostró cómo el saber médico puede ser instrumentalizado para justificar violencias extremas cuando se desliga de la ética y de los derechos humanos. A partir de allí, la bioética moderna —desde la Declaración de Helsinki hasta la CDPD— estableció que la autonomía, el consentimiento informado y la prohibición absoluta de tratos crueles son pilares innegociables de cualquier práctica en salud mental.

Siguiendo este proceso histórico, podemos marcar la vinculación conceptual en tres aspectos fundamentales.

A. La salud y la salud mental como derechos humanos fundamentales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió ya en 1948 a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Dice la mencionada normativa:

La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. La salud entendida en una doble dimensión como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo, se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones.

En su *Manual de salud pública*, Kreplak y Comes (2024) señalan que

El derecho a la salud es un concepto que emana de la Declaración Universal de Derechos Humanos, ya sea que consideremos su artículo 3, donde se incluye el derecho a la vida, o el artículo 25, que refiere a los derechos positivos, los que debe garantizar el Estado. En esta línea, es esencial el abordaje político de los asuntos de salud. Esto significa que un Estado democrático debe tener entre sus principales políticas públicas aquellas que establezcan las condiciones sociales para mantener un buen estado de salud de sus ciudadanos. La salud mental se constituye como una dimensión y un campo específico de intervención profesional de la salud integral. El derecho a la salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) incluye la salud mental.

La CDPD exige accesibilidad a servicios comunitarios inclusivos y prohíbe la discriminación por condición mental. También tipifica determinadas conductas como violaciones a los derechos humanos. Las normas internacionales de protección de los derechos humanos (tratados, convenciones, protocolos, etc.) forman parte de nuestra Constitución nacional a partir de la reforma de 1994. El Estado es quien está obligado a respetar y garantizar la vigencia de los derechos humanos. Los/as agentes, funcionarios/as y autoridades públicas son quienes tienen la responsabilidad concreta de respetar, garantizar, proteger y velar por el real cumplimiento de los derechos y libertades.

B. Derechos vulnerados en contextos de salud mental. Marco normativo

- Autonomía: tratamientos forzados o internamientos involuntarios sin debido proceso.
- Consentimiento informado.
- Libertad: privación de libertad en instituciones sin alternativas comunitarias.
- No discriminación: estigma que limita acceso a empleo, educación o participación social.

C. Enfoque de derechos en políticas de salud mental: modelo basado en la comunidad

El modelo comunitario en salud mental surge como alternativa al paradigma manicomial: promueve la atención centrada en la persona, su entorno social y sus derechos humanos. Este modelo prioriza la *inclusión*, la *autonomía* y la *recuperación* mediante dispositivos territoriales.

Principios fundamentales

1. **Desinstitucionalización:** cierre progresivo de manicomios y sustitución por redes de atención en la comunidad.
2. **Enfoque en derechos humanos:** rechazo al encierro forzado y a tratamientos inhumanos. La Convención de la ONU sobre Derechos de Personas con Discapacidad (2006) es un marco normativo clave.
3. **Atención territorial:** centros de salud mental, acompañamiento domiciliario y hospitales generales con equipos interdisciplinarios. Residencias con diferentes niveles de apoyo. Viviendas temporales para transitar hacia la autonomía. Redes con atención primaria. Integración con centros de salud barriales.
4. **Participación activa:** involucra a usuarios, familias y organizaciones sociales en el diseño de políticas y tratamientos. Acompañamiento terapéutico y apoyo personalizado en el entorno cotidiano.
5. **Prevención y promoción:** campañas contra el estigma, talleres laborales y espacios culturales para la reinserción social.

El encierro no cura

La verdadera cura está en la comunidad, no en el encierro.

Franco Basaglia (1972)

Podemos afirmar que la intersección entre derechos humanos y salud mental no es solo teórica e histórica: es una herramienta política para transformar realidades. Desde los manicomios del siglo XIX hasta las luchas actuales por la desinstitucionalización de los padecimientos mentales, cada avance ha sido conquistado por movimientos sociales que exigieron dignidad.

La tarea pendiente es clara: traducir las normas en prácticas concretas. Como señaló Franco Basaglia, “la libertad es terapéutica”. Un sistema de salud mental justo solo será posible si se centra en la autonomía, la inclusión social y la redistribución de recursos. En un contexto internacional de retrocesos potenciales en todos los ámbitos de los derechos humanos, la vigilancia colectiva y la articulación entre Estado, sociedad civil y organismos internacionales son más urgentes que nunca.

El modelo comunitario democratiza la salud mental, pero exige voluntad política y participación social para continuar avanzando en la plena realización de sus postulados.

Esta recopilación intenta dar cuenta del camino recorrido y abrir el campo de lo pensable para continuar cartografiando nuevos territorios, en una lucha que está siempre comenzando, una y otra vez, por la plena vigencia del paradigma de derechos para todo el campo de la salud mental, desde sus instituciones hasta sus trabajadores y todas aquellas personas con padecimiento psíquico, así como sus redes familiares y comunitarias, que día a día nos convocan a armar nuevas estrategias de salud-atención-cuidado en el marco de nuestro trabajo cotidiano.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2004). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo.
- Arendt, H. (1963). *Eichmann en Jerusalén. Un estudio sobre la banalidad del mal*. Lumen.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barral.
- Basaglia, F. (1985). *Psiquiatría y sociedad*. Siglo XXI Editores.
- Bettelheim, B. (1973). *El corazón bien informado*. Fondo de Cultura Económica.
- Borges, J. L. (1952). El idioma analítico de John Wilkins. En *Otras inquisiciones*. Sur.

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Naciones Unidas.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Feinmann, J. P. (2013). *La filosofía y el barro de la historia*. Planeta.
- Foucault, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Amorrortu.
- Kreplak, N. y Comes, Y. (2024). *Manual de salud pública*. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1988). *El seminario. Libro 7: La ética del psicoanálisis*. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013–2030*.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Paidós.

Movimiento de derechos humanos en Argentina y sus aportes fundamentales al campo de la salud mental

*Dedicado a Laura Jordán de Conte y Elena Lenhardtson,
fundadoras del Equipo de Salud Mental del CELS*

Un marco conceptual e histórico

El concepto moderno de derechos humanos, aunque con antecedentes en diversas tradiciones culturales, se consolidó como producto de la modernidad occidental. Este origen no es un dato menor, pues determina en parte las tensiones entre universalismo y relativismo cultural que seguirían atravesando su desarrollo a lo largo del tiempo. Como advierte José Pablo Feinmann (2013), lejos de ser una noción abstracta o un imperativo moral ahistórico, los derechos humanos son una “construcción histórica”, es decir, el resultado de complejas luchas políticas y sociales por la ampliación de la dignidad y la ciudadanía.

Los hitos fundacionales suelen rastrearse en las Revoluciones estadounidense (1776) y francesa (1789). La primera enfatizó los derechos a la vida y la libertad, mientras que la segunda introdujo con fuerza el principio de igualdad ante la ley y los derechos individuales. La Revolución francesa, en particular, estableció los principios políticos de la modernidad, con lo cual marcó una ruptura decisiva respecto del orden tradicional (Hobsbawm, 2011). La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano sentó las bases de un nuevo paradigma donde la soberanía residía

en la nación y los individuos eran portadores de derechos inherentes por su sola condición de ser humanos.

En términos descriptivos y pedagógicos, podemos hablar de derechos negativos, positivos y colectivos. Pero es importante tener en cuenta que no se trata de establecer una jerarquía, ni pensarlos por separado o como independientes. En el derecho internacional moderno, los derechos humanos son interdependientes e indivisibles.

- Los derechos llamados *negativos* exigen una abstención por parte del Estado en la vida privada. Su esencia es proteger la libertad individual frente a intromisiones indebidas. Por ejemplo: libertad de expresión, de religión, de ideología, derecho a la propiedad privada y derecho a la privacidad. Son generalmente de aplicación inmediata y son directamente judiciales.
- Los derechos de acción *positiva* del Estado comprenden los derechos económicos, sociales y culturales, que requieren una intervención directa del Estado para su garantía, como la educación, la salud, el trabajo y la seguridad social. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales obliga a los Estados a utilizar “el máximo de los recursos de que dispongan” para lograrlos de manera progresiva.
- Los derechos *colectivos* suelen estar vinculados a la calidad de vida, como los derechos ambientales o el derecho a un desarrollo sostenible. También incluyen el derecho de los pueblos a la autodeterminación. A menudo se ejercitan a través del derecho internacional y la presión política.

Es fundamental no olvidar que, en la práctica, todo derecho humano tiene dimensiones negativas y positivas, son indivisibles, interdependientes y se refuerzan mutuamente. La clasificación ayuda a entender las partes, pero no debemos perder de vista la integralidad del sistema de ideas que estos derechos sostienen. Además, se consideran

universales, progresivos e inalienables. Solo el Estado puede violarlos, pues es el principal agente obligado a respetarlos y garantizarlos.

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, aunque de relevancia fundamental en la historia de la humanidad, no estuvo exenta de limitaciones. Reflejó predominantemente una visión occidental, que priorizó los derechos civiles y políticos (“los derechos del hombre blanco occidental”) y omitió otros igualmente cruciales para vastos sectores de la población mundial, como los derechos de los pueblos a la autodeterminación o los derechos económicos y sociales. Este sesgo respondía al contexto inmediato de posguerra y a la necesidad de responder a los horrores específicos del nazismo.

Pese a estas críticas, su valor histórico es incuestionable: estableció la prohibición internacional de la tortura y sentó las bases del sistema global de protección. En Argentina, este marco normativo fue adoptado dentro de una tradición de adhesión a los tratados internacionales, aunque su efectivo cumplimiento ha estado siempre supeditado a la correlación de fuerzas políticas en cada momento histórico.

Es en este marco conceptual y en el contexto específico del terrorismo de Estado en Argentina donde el movimiento de derechos humanos forjaría una trayectoria única a nivel mundial. Su lucha no solo fue fundamental para la recuperación democrática, sino que produjo aportes teóricos y prácticos muy importantes para el campo de la salud mental, que demostraron que la reparación del trauma individual es indisoluble de la búsqueda de justicia y verdad colectivas. Este artículo se propone recorrer esa historia, analizando el surgimiento de los organismos, el desarrollo de sus equipos de salud mental y los debates clínicos y éticos que marcaron a fuego su práctica.

La democracia argentina y el rol de los organismos de derechos humanos

La consolidación democrática en la Argentina no puede comprenderse sin el protagonismo histórico de los organismos de derechos humanos. Estas organizaciones surgieron como respuesta colectiva frente a los golpes de Estado, la represión política y el terrorismo de Estado, y se constituyeron en actores fundamentales de la resistencia civil y de la reconstrucción del Estado de derecho. En su origen confluyeron y participaron víctimas directas, familiares, profesionales, militantes políticos y religiosos, que transformaron el dolor en acción política y jurídica. Su trayectoria no solo marcó la transición democrática, sino que configuró una ética pública basada en la memoria, la verdad y la justicia.

Una mirada histórica nos permite identificar un entramado organizativo de una riqueza y diversidad notables.

- **Liga Argentina por los Derechos del Hombre (LADH):** fundada el 20 de diciembre de 1937, surge en respuesta al golpe de Estado encabezado por el general José Félix Uriburu, con el objetivo de combatir la represión política, las detenciones arbitrarias y la tortura. Surgió ante la necesidad de enfrentar la creciente ola de autoritarismo y persecución a opositores políticos —especialmente anarquistas, socialistas y comunistas— que atravesaba tanto a la Argentina como al contexto internacional de la época. Contó con figuras destacadas como Lisandro de la Torre, Teodoro Roca y Mario Bravo. Durante la última dictadura cívico-militar, desempeñó un papel protagónico: fue una de las primeras organizaciones en denunciar internacionalmente las desapariciones forzadas de personas y la existencia de centros clandestinos de detención. En la actualidad, la LADH mantiene un cuerpo de abogados que brinda asesoramiento

gratuito y representa judicialmente a víctimas de violaciones a los derechos humanos.

- **Servicio de Paz y Justicia (SERPAJ):** creado en 1974 por Adolfo Pérez Esquivel, está ligado a la teología de la liberación¹ y a los movimientos sociales cristianos comprometidos con los sectores populares, aunque mantiene un carácter ecuménico e inclusivo. Pérez Esquivel fue secuestrado y torturado por la dictadura en 1977, permaneció detenido-desaparecido durante 14 meses. En 1980, mientras aún se encontraba secuestrado, le fue otorgado el Premio Nobel de la Paz, reconocimiento que otorgó una visibilidad internacional decisiva a la causa de los derechos humanos en la Argentina. El SERPAJ continúa hoy con un fuerte compromiso en la defensa integral de los derechos humanos y la justicia social.
- **Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH):** surgió como respuesta a los crímenes de la Triple A. Reunió a referentes de distintos ámbitos —religioso, político, sindical, cultural y jurídico— unidos por el objetivo común de oponerse a la violencia y la represión estatal. Entre sus integrantes se destacaron Raúl Alfonsín, Alicia Moreau de Justo, Augusto Conte, Emilio Mignone, Alfredo Bravo, Oscar Alende, Laura Bonaparte y Monseñor Jaime de Nevares. La APDH se convirtió en una de las primeras y más relevantes trincheras de resistencia legal y moral al terrorismo de Estado. Muchos de sus miembros participaron luego en la CONADEP (Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas) y aportaron documentación clave para la elaboración del informe *Nunca Más*. La

¹ Corriente teológica surgida en América Latina, influenciada por el Concilio Vaticano II y el compromiso social, que busca interpretar el Evangelio desde la opción preferencial por los pobres. En Brasil, fue encabezada por monseñor Helder Câmara. En Argentina, tuvo entre otros referentes al padre Carlos Mugica y, en general, al movimiento de *los curas villeros*, que continúa hasta el día de hoy.

organización continúa activa en la defensa y promoción de los derechos humanos.

- **Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos (MEDH):** se distingue por su inspiración religiosa y su carácter ecuménico, surgido de la unión de creyentes de distintas confesiones cristianas —católicos, protestantes, ortodoxos— y de personas de otros credos o sin religión, comprometidas con la defensa de la vida y la dignidad humana. Brindó apoyo esencial a los familiares de víctimas del terrorismo de Estado desde la Iglesia de la Santa Cruz, en Buenos Aires, y articuló redes de contención a través de parroquias y congregaciones. Ofreció asistencia material, legal y económica a familiares de detenidos-desaparecidos, y muchos de sus miembros arriesgaron sus vidas ocultando perseguidos políticos o facilitando su salida del país.
- **Familiares de Desaparecidos y Detenidos por Razones Políticas:** se constituyó en Córdoba en enero de 1976, tras la desaparición de 24 personas, y posteriormente en Buenos Aires, en septiembre del mismo año. Su consigna —“Aparición con vida. Libertad a los detenidos. Juicio y castigo a los culpables”— condensó la demanda ética y jurídica frente al terrorismo de Estado. La organización promueve los derechos humanos mediante la investigación de denuncias presentadas por víctimas o familiares, que luego son elevadas a los tribunales federales.
- **Madres de Plaza de Mayo:** irrumpieron en 1977 y transformaron la militancia por los derechos humanos a nivel global. Su pañuelo blanco trascendió fronteras. Su lucha comenzó exigiendo la aparición con vida de sus hijos e hijas detenidos-desaparecidos, y luego se amplió hacia la búsqueda de justicia, memoria y verdad. El 30 de abril de 1977, catorce madres se reunieron por primera vez en la Plaza de Mayo y, para evitar la prohibición de reuniones, comenzaron a caminar de a dos alrededor de la Pirámide. Así nació la ronda de los

jueves, que continúa hasta hoy. Por su activismo, fueron perseguidas; entre las fundadoras secuestradas y asesinadas se encuentran Azucena Villaflor, María Eugenia Ponce de Bianco y Esther Ballestrino de Careaga. En 1986, las Madres se dividieron en dos ramas —la Asociación Madres de Plaza de Mayo y Madres de Plaza de Mayo-Línea Fundadora— por diferencias políticas. Más allá de esa escisión, su lucha las consolidó como símbolo mundial de la memoria, la verdad y la justicia, y como una de las referencias morales más perdurables de la Argentina contemporánea.

- **Abuelas de Plaza de Mayo:** fundada también en 1977, centró su labor en la búsqueda y restitución de la identidad de niños y niñas apropiados ilegalmente durante la dictadura. Hasta la fecha han logrado restituir la identidad de 140 nietos y nietas. Introdujeron innovaciones científicas, como el “índice de abuelidad” e impulsaron la creación del Banco Nacional de Datos Genéticos y de la CONADI (Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad). La conducción de Estela Barnes de Carlotto ha sido fundamental en su consolidación y proyección internacional.
- **Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS):** creado en 1979 para documentar las violaciones a los derechos humanos cometidas por la dictadura, amplió con el tiempo su campo de acción hacia temas como violencia institucional, derechos económicos y sociales y salud mental. Se define como “una organización de derechos humanos con base social”. Su trabajo combina investigación académica rigurosa, litigio estratégico —utilización de casos testigo para modificar políticas públicas— e incidencia institucional. A diferencia de los organismos formados por familiares de víctimas, el CELS está integrado principalmente por profesionales de distintas disciplinas: abogados, sociólogos, psicólogos y comunicadores.

- **HIJOS (Hijos e Hijas por la Identidad y la Justicia contra el Olvido y el Silencio):** surgida en 1994, está integrada por hijos e hijas de desaparecidos, asesinados, exiliados, presos políticos y sobrevivientes de la dictadura. Entre otras formas de activismo instaló la práctica del *escrache* como forma de denuncia ante la impunidad garantizada por las leyes de Punto Final y Obediencia Debida. Su consigna —“Si no hay justicia, hay escrache”— se convirtió en una herramienta de acción política y de memoria, replicada luego en otros países y contextos.
- **Equipo Argentino de Antropología Forense (EAAF):** de perfil científico, este equipo constituye un referente internacional en la aplicación de las ciencias forenses a la investigación de violaciones a los derechos humanos. Desde su creación en 1984, a instancia de las Abuelas y Madres de Plaza de Mayo y de la CONADEP, el EAAF ha colaborado en la identificación de restos de víctimas de desaparición forzada, tanto en Argentina como en numerosos países. Su tarea es esencial para los procesos de memoria, verdad y justicia.
- **Coordinadora contra la Represión Policial e Institucional (CORREPI):** fundada en diciembre de 1989 en La Plata, centra su acción en la denuncia de homicidios y violencias cometidos por las fuerzas de seguridad. Documenta casos de tortura, detenciones arbitrarias, persecución y hostigamiento institucional. Brinda asesoramiento jurídico gratuito a víctimas y familiares, actúa como querellante en causas judiciales y mantiene una base de datos actualizada sobre personas asesinadas por las fuerzas del Estado en la Argentina.

La historia de estos organismos refleja la construcción de una cultura democrática basada en la defensa de la vida, la justicia y la dignidad humanas. Su legado trasciende la denuncia de los crímenes del pasado: consolidaron una ética de los derechos humanos como principio rector de la

vida pública argentina. En ellos se encarna la memoria activa de una sociedad que supo transformar el horror en un compromiso perdurable con la democracia y el Estado de derecho.

Los aportes al campo de la salud mental: de la asistencia a la elaboración teórica

El terrorismo de Estado produjo un daño psicosocial de una magnitud y profundidad inéditas. Como señala Victoria Martínez (1993):

luego de los primeros momentos de parálisis y miedo, los trabajadores de la salud intentaron una respuesta a lo que estaba ocurriendo. Ante el padecimiento de miles de víctimas, ya sea por la represión directa o por el sufrimiento de sus familiares, las teorías conocidas no bastaban para dar cuenta de esta realidad. Hubo que recurrir a una multiplicidad de marcos teóricos y técnicas para comprender la complejidad de un fenómeno que atravesaba los niveles individual, familiar y social.

Así, diversos organismos de derechos humanos conformaron equipos de salud mental que, lejos de limitarse a una tarea asistencial, realizaron aportes clínicos y teóricos fundacionales. Su práctica se convirtió en un laboratorio donde se pusieron a prueba y se reformularon los paradigmas vigentes de la psicología y la psiquiatría.

El Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial (EATIP), que se originó como el equipo asistencial de Madres de Plaza de Mayo, fue uno de los primeros en Argentina y América Latina en especializarse en las consecuencias psicosociales del terrorismo de Estado. A través de su trabajo clínico y de investigación, contribuyó a documentar y conceptualizar las secuelas de la represión, con lo cual aportó al acervo de la memoria colectiva. Su labor

pericial resultó invaluable en los juicios de lesa humanidad, dado que ofreció pruebas decisivas sobre el daño psíquico causado.

El Movimiento Solidario de Salud Mental (MSSM), vinculado a Familiares de Detenidos y Desaparecidos por Razones Políticas, brindó asistencia psicológica a familiares e hijos de desaparecidos. Contó con la colaboración y supervisión de Fernando Ulloa, quien aportó conceptos clave —como el de *novela clínica*— para abordar las narrativas del trauma. La participación de profesionales, como Victoria Martínez y Juan Jorge Michel Fariña, enriqueció el enfoque ético y clínico del equipo.

Un caso paradigmático de articulación entre práctica clínica, investigación e incidencia política fue el Equipo de Salud Mental del CELS. Aunque formalizado en 1982, sus orígenes se remontan a la propia fundación del centro. Laura Jordán de Conte, fundadora del CELS y miembro de Madres de Plaza de Mayo —su hijo Augusto María fue detenido-desaparecido—, actuó como un puente decisivo. Junto a las psicólogas Elena Lenhardtson y Matilde Ruderman y la psiquiatra Ana Goldberg, establecieron un fecundo vínculo con el psicoanálisis, que se transformó en una matriz de lectura para comprender la crueldad y sus efectos. El equipo comprendió que, en la travesía singular del duelo y la reparación, se procesaba también el trauma colectivo.

Con el retorno de profesionales del exilio —como Graciela Guilis, Mariana Wikinski y Roberto Gutman—, el equipo amplió su trabajo al estudio de los efectos del exilio y el retorno, un trauma específico abordado desde la Oficina de Solidaridad con los Exiliados Argentinos (OSEA). Su producción teórica fue vasta e influyente: el seminario “Psicología, Ética y Derechos Humanos”, impulsado en la Facultad de Psicología de la UBA, se convirtió en materia obligatoria y formó a nuevas generaciones. Publicaciones como el artículo de CELS (1996) sobre el duelo en casos de desaparición y los efectos de la impunidad se transformaron en textos de referencia.

Entre sus aportes más concretos a las políticas públicas, destaca la investigación sobre las instituciones psiquiátricas. El informe *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* (CELS-MDRI, 2008) expuso crudamente las violaciones sistemáticas de derechos humanos en los hospitales monovalentes, y por ello influyó de manera decisiva en el debate que culminó con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Asimismo, su documentación sobre las unidades penales en los hospitales Borda y Moyano condujo a su cierre y a la creación de programas de atención acordes con un enfoque de derechos. El equipo también inauguró el dispositivo de acompañamiento psicojurídico a víctimas-testigos en los juicios por crímenes de lesa humanidad, modelo que luego se expandiría a nivel federal a través del Plan Nacional de Acompañamiento.

Por su parte, el Centro de Asistencia Psicológica por el Derecho a la Identidad de Abuelas de Plaza de Mayo, formalizado en 2002 pero activo desde mucho antes, desempeñó un papel esencial en debates cruciales, como el suscitado con la psicoanalista francesa Françoise Dolto, quien inicialmente se opuso a las restituciones de niños apropiados a sus familias, por considerarlas traumáticas. Los equipos de Abuelas contribuyeron a consolidar el consenso social sobre el derecho a la identidad, diferenciando conceptual y legalmente la apropiación —ruptura violenta de vínculos— de la adopción —acto mediado por el Estado—, y desarrollando estrategias clínicas específicas para los procesos de restitución.

Cabe destacar que otros organismos, como la APDH, la LADH, el SERPAJ y el MEDH, también contaron con equipos asistenciales que realizaron valiosos aportes clínicos, teóricos y políticos, y tejieron una red de atención y contención que trascendió lo meramente terapéutico.

Debates fundantes: ética, clínica y política frente al horror

La práctica de estos equipos no estuvo exenta de profundos debates éticos y clínicos que tensionaron los marcos teóricos tradicionales. Esos interrogantes delinearon una praxis específicamente argentina en el campo de la salud mental y los derechos humanos.

Uno de los primeros debates giró en torno a la existencia de tratamientos “especializados” para personas que habían sufrido tortura. El psiquiatra y psicoanalista uruguayo Marcelo Viñar (1986), él mismo exiliado, argumentó con lucidez que no se trataba de crear técnicas específicas, puesto que los sobrevivientes ya habían sido “tratados” en los centros clandestinos. La cuestión central, sostenía, residía en la sensibilidad del terapeuta para escuchar el horror y en su capacidad para distinguir entre la repetición traumática y lo que él denominó *la aventura de la elaboración*. Esta postura coincidía con la tradición psicoanalítica argentina, que rechazaba la reducción del padecimiento al “estrés postraumático” y enfatizaba la singularidad de la escucha frente al dolor extremo.

Un debate particularmente argentino, y de una profunda carga ética, fue el de la asistencia psicológica a represores. En hospitales públicos comenzaron a presentarse personas con insomnio, adicciones o angustia que, al profundizar en su relato, confesaban crímenes cometidos durante la dictadura. Frente a este dilema, muchos profesionales, respaldados por sus asociaciones gremiales, se negaron a tratarlos. Los argumentos fueron diversos: algunos eran víctimas directas y les resultaba imposible mantener la neutralidad; otros consideraban que, en un contexto de impunidad —con las leyes de Obediencia Debida y Punto Final vigentes—, la escucha clínica podía operar como una nueva forma de impunidad simbólica.

La reflexión sobre la apropiación de niños abrió otro campo de problematización fundamental. Los equipos de

Abuelas comenzaron a interrogarse: ¿qué puede repararse en estos casos? ¿Qué es verdaderamente reparable? ¿Puede ejercerse la función paterna desde la apropiación? La psicoanalista Mariana Wikinski, integrante del CELS, introdujo una tensión decisiva entre el discurso jurídico —que busca la verdad factual y la sanción— y el campo de la subjetividad —donde operan identificaciones, lealtades y conflictos inconscientes—. De allí surgieron nociones como *reparación simbólica* y *reparación colectiva*, que permitieron pensar las secuelas del terrorismo de Estado más allá de la justicia penal.

La elaboración teórica más sistemática sobre los efectos de la impunidad se condensó en el texto *La impunidad y sus efectos: impacto en la subjetividad y en la comunidad* (CELS, 1997). Allí se analizó cómo la ausencia de justicia no solo constituía una deuda con las víctimas directas, sino que operaba socialmente como una falla en el orden simbólico, que debilitaba el lazo social y afectaba la vida psíquica colectiva. Se exploró también la especificidad del trauma infligido por un semejante —y, más aún, por el Estado, que debería garantizar derechos—, lo que resignifica de manera radical la experiencia subjetiva. Como sintetiza René Kaës (2018): “No basta con reconocer la naturaleza y el origen del horror; la posibilidad de elaboración subjetiva necesita del reconocimiento y elaboración colectiva”. Los juicios de lesa humanidad, impulsados por los organismos como querellantes, se convirtieron en el dispositivo central de esa elaboración colectiva.

En estos procesos, las víctimas cumplen un doble rol: son el sujeto del delito y, a la vez, con mucha frecuencia, los únicos testigos de lo ocurrido, dado que el Estado intentó borrar las pruebas.

La segunda desaparición forzada de Jorge Julio López en 2006, luego de su testimonio, evidenció de manera trágica la falta de protección del Estado hacia los testigos. Este hecho impulsó la creación y consolidación del Plan Nacional de Acompañamiento a Víctimas-Testigos (Programa Verdad

y Justicia), que articula secretarías de derechos humanos, colegios profesionales y organismos, para conformar una red federal de acompañamiento psicojurídico antes, durante y después de los testimonios. Este dispositivo constituye, en sí mismo, un aporte institucional directo del movimiento de derechos humanos a la administración de justicia.

El movimiento de derechos humanos en Argentina trasciende la categoría de “actor social”. Su trayectoria constituye un capítulo esencial de la historia nacional y un faro a nivel global en la lucha contra la impunidad. Su aporte al campo de la salud mental es, quizá, uno de sus legados más profundos y originales. Demostró de modo contundente que la clínica del trauma extremo y el daño psicosocial provocado por la violencia política no pueden desvincularse de la lucha por la memoria, la verdad y la justicia.

La práctica concreta de sus equipos —asistiendo a víctimas, acompañando testimonios, investigando instituciones— generó un corpus teórico que resignificó conceptos del psicoanálisis y otras disciplinas, y los puso al servicio de la comprensión y la reparación del daño, tanto singular como colectivo. Afrontó debates éticos límite y desarrolló dispositivos innovadores, como el acompañamiento psicojurídico, que hoy constituye un modelo de referencia.

Su incidencia fue decisiva en la construcción de políticas públicas transformadoras. La Ley Nacional de Salud Mental, con su enfoque de desmanicomialización y promoción de la autonomía, es heredera directa de sus denuncias sobre el encierro asilar. La creación de la CONADI (Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad) y los sistemas de reparación económica son también frutos de su lucha. Su agenda se amplió para incluir la violencia institucional, los derechos de la niñez y las disidencias, lo cual evidencia la vitalidad de un movimiento que nunca se ancló en el pasado.

El legado de estos organismos es la convicción activa de que la salud mental constituye un derecho humano fundamental y que su garantía es inseparable del fortalecimiento de la democracia. Nos enseñan que el cuidado de la subjetividad y la defensa de la justicia social son las dos caras de una misma empresa ética: la lucha inquebrantable por la dignidad humana.

Referencias bibliográficas

- Bonafini, H. (1985). *Las Madres de Plaza de Mayo*. Editorial Contrapunto.
- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) (2020). Salud mental: Historia de trabajo del CELS. En CELS, *Derechos humanos en la Argentina: Informe 2020* (pp. 253-266). Siglo XXI Editores.
- CELS (1996). II. *La impunidad y sus efectos: salud mental y derechos humanos*. Informe Anual. <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/IA1996-2-La-impunidad-y-sus-efectos-salud-mental-y-derechos-humanos.pdf>.
- CELS (1997). *Informe anual 1996: enero-diciembre 1996*. Centro de Estudios Legales y Sociales.
- CELS y MDRI (2008). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo XXI Editores.
- Feinmann, J. P. (2013). *Filosofía y derechos humanos*. Editorial Planeta.
- Hobsbawm, E. J. (2011). *La era de la revolución, 1789-1848*. Crítica.
- Kaës, R. (2018). *Elaboración colectiva del horror: Un estudio psicoanalítico sobre los efectos de la tortura*. Universidad Nacional de Colombia.
- Lewin, M. B. (2022). *Una grieta en el silencio: Una historia de las Abuelas de Plaza de Mayo*. Planeta.

Secretaría de Derechos Humanos de la Nación (2006). *Consecuencias actuales del terrorismo de Estado en la salud mental*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Stolkiner, A. y Aluad, B. (1985). *Niños detenidos desaparecidos. Los efectos psicológicos de la represión*. Mimeo.

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Paidós.

Viñar, M. (1986). La transmisión de un patrimonio mortífero: premisas éticas para la rehabilitación de afectados. *Revista Territorios*, Número 2.

15 años de la Ley Nacional de Salud Mental¹

Logros, tensiones y desafíos

La subjetividad se produce en los vínculos, no en el aislamiento.

Félix Guattari (1992)

El 2 de diciembre de 2025 se cumplieron quince años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657), una norma que transformó de manera profunda el modo en que Argentina entiende, organiza y regula las prácticas de salud mental. La ley consolidó un cambio de paradigma: desplazó el modelo manicomial centrado en el encierro y colocó en su lugar el enfoque de derechos humanos, el trabajo territorial, la desinstitucionalización y la atención comunitaria.

A quince años, conviven logros significativos, tensiones persistentes y un debate público muchas veces atravesado por reduccionismos. Este balance intenta recuperar —y unificar— el recorrido histórico, los contenidos centrales de la ley, los avances concretos y los desafíos que aún persisten.

¹ Publicado en el diario *Página/12* el 25 de noviembre de 2025. Versión ampliada y revisada.

De dónde venimos: un sistema de encierro y vulneración de derechos

Previo a la sanción de la ley, el informe *Vidas arrasadas* (CELS-MDRI, 2008) reveló una situación crítica: más de 25.000 personas permanecían internadas en instituciones psiquiátricas y más del 80 % superaba el año de encierro. Los promedios de internación eran contundentes:

- Hospital Borda: 10 años y 6 meses
- Hospital Moyano: 9 años y 3 meses
- Hospital Tobar García: 4 meses y 3 semanas

El informe documentó detenciones arbitrarias, muertes no investigadas, aislamiento en celdas, abusos físicos y sexuales, falta de atención médica adecuada, tratamientos inadecuados, sobrepoblación, condiciones indignas y ausencia total de rehabilitación. Entre el 60 % y el 90 % de las personas internadas eran *pacientes sociales*: sujetos con alta médica que permanecían institucionalizados por no tener red social o comunitaria donde volver.

Ese diagnóstico —sumado a denuncias de organismos de derechos humanos, asociaciones profesionales y colectivos de usuarios— fue el piso sobre el cual la Ley 26.657 se volvió urgente e ineludible.

Qué dice la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones

La Ley 26.657, sancionada en 2010, establece el derecho a la protección de la salud mental, incorpora los tratados internacionales de derechos humanos y reconoce a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho. Define la salud mental como un proceso integral atravesado por determinantes sociales y no como un atributo exclusivamente biológico o individual.

Incluye las adicciones dentro del campo de la salud mental, un punto que históricamente no había sido reconocido de manera consistente en Argentina.

La ley establece:

- atención interdisciplinaria;
- terapéuticas de la menor restricción posible;
- derecho a la toma de decisiones;
- derecho a asistencia legal;
- control estatal sobre instituciones públicas y privadas;
- estándares de habilitación y supervisión;
- obligación de capacitar profesionales en consonancia con el paradigma de derechos;
- presupuesto específico para salud mental (10 % del presupuesto de salud).

En términos institucionales, prohíbe la creación de nuevos hospitales monovalentes y orienta la reconversión progresiva hacia dispositivos comunitarios.

El Órgano de Revisión: control, derechos y límites al poder manicomial

La creación del Órgano de Revisión (art. 39) fue uno de los avances más significativos. Integrado por organismos estatales, de derechos humanos, asociaciones de usuarios, familiares y profesionales, tiene potestad para:

- ingresar sin previo aviso a instituciones públicas y privadas;
- revisar historias clínicas;
- recibir denuncias;
- supervisar internaciones involuntarias;
- solicitar intervención judicial;
- apelar decisiones;
- realizar recomendaciones a la autoridad de aplicación.

En los últimos años se crearon Órganos de Revisión Locales en varias provincias, lo cual amplió la capacidad federal de control.

Internar ya no es lo que era: un cambio en las reglas

Antes de la ley, una internación podía decidirse con la sola firma de un médico o incluso por orden judicial sin criterio clínico. Eso habilitaba encierros prolongados y arbitrarios.

La Ley 26.657 establece que

- toda internación debe basarse en evaluación interdisciplinaria;
- debe ser justificada y firmada por dos profesionales;
- la internación voluntaria puede finalizar cuando la persona lo decida;
- la internación involuntaria es excepcional y solo procede ante riesgo *cierto e inminente* para sí o para terceros;
- debe notificarse al juez y al Órgano de Revisión en un plazo de 10 horas;
- no se requieren autorizaciones judiciales para salidas o externaciones;
- toda persona internada tiene derecho a un abogado.

Se redefine así el rol del Poder Judicial: garantizar derechos, controlar la excepcionalidad del encierro y evitar internaciones ilegales por razones socioeconómicas o cualquier otra razón que no sea como medida terapéutica.

Avances concretos: cuando la ley toma cuerpo en el territorio

La implementación ha sido desigual, pero hubo transformaciones significativas:

- Buenos Aires avanzó en la reconversión de hospitales monovalentes, el cierre de pabellones de larga estadía, la creación de dispositivos residenciales y comunitarios, equipos interdisciplinarios, programas de externación asistida y un Órgano de Revisión Local activo.
- Otras provincias desarrollaron residencias asistidas, fortalecieron la atención primaria en salud mental, redujeron internaciones prolongadas y ampliaron equipos territoriales.
- Federalización del paradigma: casi todas las jurisdicciones cuentan hoy con dispositivos comunitarios y mecanismos de control inexistentes hace quince años.

El dato más relevante: hoy hay menos personas viviendo internadas de manera crónica en instituciones psiquiátricas. La vida por fuera del manicomio dejó de ser una excepción para convertirse en un horizonte de política pública.

Sin embargo, la creciente demanda en salud mental —producto de crisis socioeconómicas, violencias y nuevas formas de padecimiento subjetivo— exige expansión, inversión y estrategias innovadoras para garantizar acceso y calidad.

Tensiones persistentes: exclusión social, violencia y nuevos encierros

Las dificultades actuales no pueden leerse solo en clave sanitaria. Tal como señalan Silvia Duschatzky y Cristina Corea (2002), muchos de los fenómenos atribuidos a la “locura” expresan lógicas de expulsión social.

Atribuir episodios de violencia exclusivamente a la Ley de Salud Mental, tal como se hace desde algunos medios de comunicación, es un reduccionismo que tergiversa el problema. Lo que se observa allí es la confluencia de exclusión

estructural, falta de redes, precariedad institucional y un Estado que oscila entre el abandono y el encierro.

Las trayectorias de personas en situación de calle lo evidencian: la circulación entre hospital, cárcel y calle no es un fracaso de la ley, sino la expresión de políticas sociales fragmentadas y de un abordaje punitivo de la pobreza y la peligrosidad.

Consumos problemáticos: una deuda pendiente

La ley integra las adicciones dentro de la salud mental, pero la penalización del consumo sigue criminalizando a personas vulnerables y obstaculizando abordajes sanitarios. La evidencia demuestra que las estrategias coercitivas no reducen daños ni mejoran trayectorias.

Despenalizar la tenencia para consumo personal —para habilitar un tratamiento fuera del sistema penal— continúa siendo una discusión necesaria. La ley abrió condiciones de posibilidad, pero no resolvió el marco punitivo que persiste.

Por qué importa poner en valor estos 15 años

A quince años, la Ley 26.657 no es un ideal abstracto: es un marco que permitió reducir internaciones crónicas, fortalecer controles, crear dispositivos comunitarios y transformar miles de vidas.

Poner en valor este recorrido no es ingenuo. Es reafirmar que

- encerrar no es cuidar;
- medicalizar no es acompañar;
- excluir no es intervenir.

El desafío es profundizar lo construido: expandir redes comunitarias, garantizar presupuesto, fortalecer controles y asegurar que los derechos no sean letra muerta.

La ley abrió un camino. Lo que sigue depende, hoy como hace quince años, de la decisión política, la inversión pública y la convicción de que ninguna democracia es plena mientras existan manicomios como forma de gestión de la vida.

Poner en valor estos quince años no es tampoco un acto conmemorativo: es renovar el compromiso con una salud mental digna, inclusiva y con justicia social.

Referencias bibliográficas

- Basaglia, F. (1980). *La institución negada*. Barral.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI) (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. CELS-MDRI.
- Corea, C. y Duschatzky, S. (2002). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Paidós.
- Guattari, F. (1992). *Las tres ecologías*. Manantial.
- Organización de las Naciones Unidas (2007). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. ONU.
- República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplinarietà y salud: entre la epistemología y la política. En A. Stolkiner, *Textos reunidos sobre salud mental y derechos* (pp. 45-62). EUDEBA.
- World Health Organization (1999). *Principios de Brasilia para el Desarrollo de la Salud Mental en las Américas*. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Políticas públicas en salud mental

Desafíos del psicoanálisis y el papel de la universidad pública

Neoliberalismo, Estado y universidad pública

El golpe cívico-militar de 1976 no solo instauró en la Argentina el terrorismo de Estado, sino que inauguró un profundo proceso de reforma neoliberal que transformó de manera estructural la relación entre Estado, políticas sociales y subjetividad. Durante las décadas siguientes, y particularmente en los años noventa, se consolidó una lógica que redujo la responsabilidad estatal y trasladó al individuo la carga del éxito o del fracaso social.

Las políticas públicas comenzaron a pensarse bajo parámetros empresariales —eficiencia, ahorro, focalización y rentabilidad—, y con ello se desplazó la concepción de la política social como derecho hacia su lectura como gasto. Este corrimiento produjo un cambio moral profundo: la construcción de una subjetividad meritocrática, en la que la exclusión social fue interpretada como déficit individual y no como consecuencia de decisiones estructurales.

En este marco, el Estado fue progresivamente habitado por agentes formados en lenguajes de gestión privada. La figura del denominado “yuppie estatal” condensa este proceso: funcionarios que trasladan lógicas empresariales al ámbito público, y así vacían de sentido político a la intervención estatal y expulsan toda sensibilidad social inclusiva.

La universidad pública no quedó al margen de estas transformaciones. Durante la década del noventa se produjo una mercantilización progresiva de la formación:

achicamiento del grado, proliferación de posgrados pagos y un marcado culto a la especialización técnica. Se desalentó la formación de profesionales con capacidad crítica y se privilegió que estuvieran más preparados para adaptarse al mercado que para intervenir en problemáticas sociales complejas.

En el campo de la salud mental, este proceso se expresó de manera particularmente preocupante en un déficit estructural de formación en perspectiva de derechos humanos, en el predominio de una enseñanza centrada en la psicopatología y la clínica individual, mientras que los derechos humanos, la violencia institucional, las políticas públicas y el marco legal en salud mental ocupan un lugar poco relevante en los planes de estudio.

Estos déficits impactan directamente en las intervenciones cotidianas. Sin una perspectiva de derechos, las prácticas tienden a psicopatologizar problemáticas sociales: pobreza, consumo problemático, exclusión, violencias y sufrimiento social son rápidamente traducidos en diagnósticos individuales, que borran sus determinaciones históricas, económicas y políticas.

A ello se suma la persistencia de dispositivos pedagógicos arcaicos. En numerosas materias de psicopatología o clínica, la formación continúa realizándose casi exclusivamente en hospitales psiquiátricos monovalentes, reproduciendo lógicas manicomiales como la “muestra de enfermos”, prácticas propias de un paradigma superado hace más de un siglo. En contraste, suelen ser escasos los espacios de formación en dispositivos comunitarios, territoriales, interdisciplinarios y desmanicomializantes.

Sin una perspectiva de derechos, resulta extremadamente complejo abordar problemáticas contemporáneas, como el consumo problemático, las crisis subjetivas y las nuevas formas de padecimiento social.

El informe elaborado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), *Manicomios porteños. La transformación*

que no llega (2025), documenta que los hospitales psiquiátricos monovalentes de la Ciudad de Buenos Aires continúan funcionando como dispositivos de internación prolongada, con escasa articulación comunitaria, limitadas estrategias de externación y condiciones institucionales que vulneran derechos fundamentales. Perduran situaciones de internaciones crónicas, se insiste en la ausencia de proyectos de vida por fuera de la institución y la fragmentación de los abordajes terapéuticos reproduce lógicas históricas de segregación.

Estas prácticas no solo contradicen los principios de la ley, que establece la internación como último recurso, el abordaje comunitario, la interdisciplina y el respeto por la autonomía, sino que inciden directamente en la formación universitaria. Los hospitales monovalentes siguen siendo el principal espacio de prácticas preprofesionales, y ello refuerza una lectura psicopatológica del sufrimiento psíquico y debilita la construcción de abordajes comunitarios.

Psicoanálisis, discurso capitalista y subjetividad

Lacan conceptualizó el discurso capitalista como una maquinaria que promete una satisfacción ilimitada al sujeto del deseo, de modo que lo relanza de manera permanente a un consumo insaciable. El capitalismo intenta obturar la falta estructural mediante una oferta infinita de objetos, que termina produciendo mayor insatisfacción y malestar.

El psicoanálisis, a diferencia de otros abordajes, no promete adaptación ni bienestar pleno. Su ética se funda en alojar el malestar, sostener la división subjetiva y no obturar la hiancia entre saber y verdad. Allí donde el capitalismo propone soluciones rápidas y estandarizadas, el psicoanálisis introduce un tiempo lógico y una escucha singular.

Sin embargo, el psicoanálisis no está exento de riesgos. En los últimos años ha devenido, en muchos casos, una

práctica superflua, especialmente cuando se desprende de las problemáticas sociales contemporáneas. Un psicoanálisis que no incluya —como advierte Jorge Alemán (2016)— la subjetividad de la época corre el riesgo de transformarse en una técnica despolitizada y funcional al orden existente.

Sin una perspectiva de derechos, el psicoanálisis no garantiza prácticas éticas ni intervenciones respetuosas de la dignidad humana, y puede incluso contribuir a la reproducción de violencias institucionales bajo un ropaje clínico sofisticado.

Estado, políticas públicas y salud mental: avances y retrocesos

Entre 2003 y 2015, la Argentina atravesó un proceso de reconstrucción del Estado como garante de derechos sociales, con impactos significativos en el campo de la salud y la salud mental.

Durante ese período se impulsaron dispositivos territoriales, programas de externación y experiencias sustitutivas al manicomio, lo cual fortaleció la articulación entre salud, trabajo, vivienda y protección social. No obstante, estos procesos quedaron inconclusos y atravesados por resistencias institucionales persistentes.

El ciclo político actual profundiza estas tensiones. Las políticas de ajuste implementadas por el gobierno de Javier Milei implican un desfinanciamiento sistemático de las políticas públicas de salud, con impacto directo en la salud mental. La reducción presupuestaria, la paralización de programas y la precarización de los equipos profesionales debilitan las estrategias comunitarias y favorecen el retorno de lógicas asilares, medicalizantes y de control.

En este contexto, la salud mental corre el riesgo de convertirse nuevamente en un dispositivo de administración

del daño social, en lugar de un campo orientado a la restitución de derechos y a la construcción de lo común.

La universidad pública ocupa un lugar estratégico en este desafío. Formar profesionales capaces de articular clínica, derechos humanos, políticas públicas y dispositivos comunitarios constituye una condición indispensable para la implementación efectiva de la Ley Nacional de Salud Mental.

Allí donde la ley reconoce derechos, la universidad debe producir herramientas críticas; y allí donde el Estado asume obligaciones, el psicoanálisis está llamado a asumir su responsabilidad política, para no devenir en una técnica más, sino en una práctica comprometida con una salud mental comunitaria, inclusiva y respetuosa de los derechos humanos.

Referencias bibliográficas

- Alemán, J. (2016). *Horizontes neoliberales en la subjetividad*. Grama.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014). *Observación general N.º 1: Igual reconocimiento como persona ante la ley*. Naciones Unidas.
- Faraone, S. (2013). *Salud mental y derechos humanos: desafíos para las políticas públicas*. Teseo.
- Faraone, S. y Valero, M. (2020). *Dispositivos sustitutivos al manicomio: experiencias y desafíos en salud mental*. Teseo.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica* (curso en el Collège de France, 1978-1979). Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1992). *¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis?* En *Obras completas* (vol. XX). Amorrortu.
- Garland, D. (2018). *La cultura del control*. Siglo XXI.
- Lacan, J. (2008). *El reverso del psicoanálisis*. Seminario XVII. Paidós.

Lacan, J. (2012). *Aun. Seminario XX*. Paidós.

Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010). Decreto
reglamentario N.º 603/2013. República Argentina.

La reforma bonaerense en salud mental

Del encierro al cuidado comunitario

ROXANA AMENDOLARO Y ADELQUI DEL DO

La libertad es terapéutica.

Franco Basaglia (1972)

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) en la provincia de Buenos Aires constituye uno de los procesos más complejos y transformadores del sistema público de salud en democracia. No se trata solo de una adecuación normativa, sino de una reforma cultural profunda, que interpela la relación entre el Estado, los padecimientos mentales y la comunidad.

Durante años, esa transformación pareció un horizonte más que una realidad que pudiera ser implementada a gran escala. Sin embargo, en los últimos tiempos, y especialmente bajo la gestión del Ministerio de Salud bonaerense actual, comenzó a adquirir cuerpo. En un contexto nacional signado por políticas de ajuste, discursos negacionistas y desinversión en salud pública, la provincia de Buenos Aires asumió una posición ética y política: profundizar la reforma en salud mental, sostener la red comunitaria y ampliar el acceso a los cuidados y la continuidad de los cuidados.

En palabras del ministro de Salud, Nicolás Kreplak:

La integración del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires, que nos hemos trazado como meta, implica entre muchas otras cosas la firme decisión de la integración de la salud mental a la salud en lo que hace a su definición política, comprensión problemática y organización de respuestas

frente a las demandas y necesidades de nuestro pueblo. Así lo entendimos desde el primer día, siendo el primer e indispensable paso, la jerarquización dada en el Ministerio de Salud de la Provincia a la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública. Para nosotros, “no hay salud sin salud mental” no es una frase vacía.

El Plan Provincial de Salud Mental que se plasma en este documento, condensa la decisión y el compromiso del Ministerio de Salud para cuidar la salud mental de nuestra población. Sabemos que la salud mental de un pueblo es tanto producto como fuerza impulsora para el desarrollo. Sabemos que las formas de sufrimiento y padecimiento mental, entendidas desde su determinación social, obstaculizan la vida de las personas y su necesario aporte a una sociedad inclusiva. También sabemos que las personas con problemáticas de salud mental y consumos problemáticos han sido y siguen siendo objeto de estigma y discriminación, lo cual vulnera sus derechos y se torna en barrera para su atención por parte del sistema de salud.

Julietta Calmels, subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, refiere:

El desafío de este plan es transformar el modelo de atención de la salud mental para que todas las personas puedan contar con espacios de cuidado, sin estigmas ni exclusión [...] Necesitamos que la salud mental salga de los hospitales y vaya a donde está la gente [...] El cuidado es una posición ética, un modo de estar con otros y una decisión política sobre cómo se organiza la vida común.

Estas ideas permiten comprender que la salud mental no es un dispositivo aislado, sino un entramado institucional que disputa sentidos frente a la crueldad y el abandono. La salud mental debe entenderse como un proceso colectivo, no individual, y la comunidad, como su condición de posibilidad.

El contexto del malestar

Los datos globales y locales configuran un escenario de creciente malestar. Según el informe de la OMS (2025), el 15 % de la población mundial padece algún tipo de sufrimiento psíquico, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos más frecuentes. Este aumento, que ya puede considerarse epidémico, responde a determinantes estructurales: desigualdad, precarización, violencia económica y fragmentación social.

En Argentina, el Estudio de la UCA (2024) sobre bienestar y malestar psicológico muestra un crecimiento sostenido del sufrimiento subjetivo entre 2010 y 2024: pasó de afectar a 3 de cada 10 personas, cuando antes afectaba a 2 de cada 10. El informe asocia este incremento con el deterioro de las condiciones de vida, la pérdida de seguridad económica y la erosión de los lazos comunitarios. El malestar, entonces, no es un fenómeno clínico, sino una forma política del sufrimiento con consecuencias palpables en las vidas de las personas.

Como señala Jorge Alemán (2019), el neoliberalismo no solo disciplina los cuerpos, sino que desinvierte en el lazo social, puesto que transforma la angustia en un modo de gobierno. En ese contexto, la salud mental se convierte en el espejo del malestar colectivo: lo que aparece como síntoma individual —una crisis, una recaída, una internación— es la expresión clínica de un orden económico que hace del desamparo una norma.

Jaime Breilh (2003) resalta que, desde el punto de vista de la salud colectiva, se trata de mostrar la relación entre toda forma de dominio social y la enfermedad y la muerte.

En la provincia de Buenos Aires, los indicadores siguen esa tendencia: entre 2019 y 2024, las internaciones por motivos de salud mental aumentaron un 60,9 % y las consultas ambulatorias se incrementaron de manera sostenida. A partir del análisis de la información aportada por más de 40 hospitales provinciales, se desprende que durante 2024

se registró un incremento del 12 % en la cantidad de consultas por Guardia respecto del año 2023, con un comportamiento dispar entre las regiones sanitarias, algunas de las cuales registran un aumento de hasta el 64 %¹. El dato más preocupante es el aumento del 13,4 % de internaciones y del 50 % en las consultas ambulatorias en menores de 18 años, lo que podría estar evidenciando crisis vitales significativas en esa población² y revelando un signo de la fragilidad de las redes familiares y del impacto del contexto sobre las infancias y juventudes.

Los equipos de salud reportan cuadros clínicos más graves, con deterioro de los soportes comunitarios, pérdida de acceso a tratamientos y mayores dificultades para los egresos hospitalarios. En este escenario, la respuesta del Estado provincial no fue el repliegue, sino la expansión de políticas públicas y la reconstrucción de la trama de cuidados y continuidad de cuidados que se operacionalizaron en un Plan Quinquenal de Salud (2023-2027)³, un Plan Provincial Integral de Salud Mental (2022-2027)⁴ y un Plan Provincial de Políticas de Cuidado para el Abordaje Integral de las Violencias en Salud (2024-2027)⁵.

1 Presentación de Informe: Crisis en Salud Mental en la Argentina, Congreso de la Nación Argentina, CABA, agosto de 2025.

2 Amendolaro, R.; Calmels, J. y Malgá, M. (2025).

3 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2023).

4 Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2022).

5 Impulsan un Plan Integral para erradicar las violencias en el sistema de salud, 25 de julio de 2025. Más información en <https://tinyurl.com/3nj2x7x>.

La política del cuidado y la continuidad de los cuidados

Desde 2020, la provincia de Buenos Aires desplegó una política integral en salud mental basada en tres ejes: fortalecer la red comunitaria, transformar los hospitales monovalentes y garantizar atención integral en hospitales generales.

Hoy existen más de 211 dispositivos de base comunitaria: casas de convivencia, centros comunitarios, dispositivos de externación, hogares protegidos y equipos territoriales. Solo en el último período se crearon 32 nuevos Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos, con 8 más en construcción, lo que implica un crecimiento del 94 %. Estos espacios, ubicados en municipios como Quilmes, Berisso, Ensenada, Varela y La Plata, simbolizan una política de proximidad: la salud mental no se trata en los márgenes, sino en el corazón de los barrios.

Como sostiene Julieta Calmels (2023), “la política del cuidado no es sólo terapéutica, es una forma de justicia social”, y agrega: “la salud mental se construye en la comunidad; ningún dispositivo aislado puede producir lo que produce un lazo social fortalecido”.

En los hospitales generales, se ampliaron en un 69,8 % las camas para internación, se incorporaron más de mil trabajadores y trabajadoras, y se estableció que todos los hospitales provinciales atienden urgencias e internan por motivos de salud mental y consumos problemáticos. Se elaboró un Protocolo Guía para Urgencias, se formaron equipos interdisciplinarios y se mejoraron las salas y unidades de internación.

Como parte de una política de formación permanente, más de 22.000 trabajadoras/es se capacitaron a partir de su participación en los cursos y seminarios realizados junto con la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara; además, se han llevado adelante cerca de 40 proyectos de investigación conducidos por equipos de salud mental financiados por el Programa de Becas Julieta Lanteri de

la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara.

Este cambio implica un giro simbólico: la salud mental dejó de ser un área periférica y pasó a ser transversal al sistema sanitario. La atención ya no se define por la patología, sino por el vínculo.

La transformación de los hospitales monovalentes

El proceso de transformación de los hospitales neuropsiquiátricos constituye uno de los ejes más delicados y estructurales de la reforma. En los últimos años, se redujo en un 70 % la cantidad de personas internadas en sectores de larga estadía, gracias a la creación de 220 casas de externación donde viven 624 personas acompañadas por equipos de salud. Este proceso no consiste solo en cerrar camas, sino en abrir horizontes: restituir el derecho a la vida en comunidad.

El Programa PURPSI (Plan de Rehabilitación y Reintegración Psicocomunitaria Integral) amplió su cobertura en un 1033 % respecto de 2020, y alcanza actualmente a 15.500 personas, con proyección de 40.000 para 2026, mediante la incorporación al Programa Medicamentos Bonaerenses. Estos números, detrás de su abstracción, representan biografías restituidas: hombres y mujeres que, después de años de encierro, hoy habitan una casa, un barrio, una comunidad.

En palabras de Julieta Calmels (2023): “transformar un hospital monovalente no es cerrar una institución, es abrir una posibilidad de vida”. Esta perspectiva sintetiza el sentido profundo de la reforma: la sustitución del encierro por la comunidad como garante de derechos.

La red intersectorial y los consumos problemáticos

Uno de los avances más significativos fue la articulación entre salud y seguridad para la atención de urgencias en salud mental. El documento Pautas Generales para el Abordaje Intersectorial de Urgencias, elaborado junto al Ministerio de Seguridad, capacitó a 2.450 trabajadores y sentó un precedente histórico: la intervención estatal deja de ser represiva para volverse protectora.

El abordaje integral de los consumos problemáticos se expandió en un 40 %, diversificado en modalidades y escalas. Se crearon unidades residenciales para menores de 18 años, se integraron 10 centros de ludopatía a la red provincial y se sumó una opción específica en la línea 0800 Salud Mental para orientación en juegos y apuestas *online*, una forma contemporánea de adicción y compulsión digital.

La Subcomisión Interministerial para la Prevención del Suicidio en Adolescencias y Juventudes representa otro paso ético y político: reconocer el suicidio como fenómeno social y no como patología individual. La prevención, en este sentido, no se limita a la asistencia sino a reconstruir condiciones de sentido y pertenencia.

Los dispositivos comunitarios

En el marco del proceso de transformación institucional impulsado por el Plan Quinquenal de Salud (2023-2027) y el Plan Provincial Integral de Salud Mental (2022-2027), los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM) y los Centros Provinciales de Atención (CPA) cumplen un rol central dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud Integral (APSI). Estos dispositivos se sitúan en el primer nivel de contacto con la comunidad y participan activamente de los procesos de desinstitucionalización, de los cuidados y de la continuidad de cuidados en salud mental.

Como todo cambio de paradigma, la transformación institucional no se produce de manera inmediata. Por eso, resulta necesario contextualizar históricamente cada dispositivo: su misión inicial y las funciones que actualmente asume. Los CPA surgieron en la década de 1990 con un objetivo específico: la atención de los consumos problemáticos —entonces nombrados como “adicciones”—. Sin embargo, en los últimos años han sido reformulados, y sus equipos fueron capacitados para constituirse como Dispositivos Intermedios en Salud Mental (DISM).

A diferencia de los CPA, los CCSM nacieron en distintos momentos como dispositivos intermedios orientados a la salud mental comunitaria. En la actualidad atraviesan un proceso de fortalecimiento y redefinición, alineado con las políticas públicas vigentes.

Los DISM integran la Red de Atención y Acompañamiento en Salud Mental y Consumos Problemáticos de la provincia de Buenos Aires, junto con

- los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) provinciales y municipales;
- las Unidades Residenciales Provinciales (URP);
- los hospitales generales provinciales y municipales;
- los hospitales monovalentes psiquiátricos en proceso de transformación del modelo de atención;
- las organizaciones de la sociedad civil (OSC);
- las propias comunidades.

Desde su configuración inicial, los DISM funcionan como dispositivos de enlace y de continuidad de cuidados entre estos efectores y las personas con padecimientos mentales y sus familias. Constituyen un modelo de intervención especialmente adecuado para identificar y responder a las necesidades de quienes presentan mayores dificultades de acceso, requieren acompañamientos singularizados y suelen transitar trayectorias de atención fragmentadas. Su presencia en los municipios permite mejorar la accesibilidad,

agilizar la respuesta a las demandas y facilitar la continuidad de los tratamientos.

Estos dispositivos pueden intervenir sobre factores que históricamente han limitado el acceso a la atención, tales como la disponibilidad de recursos, la falta de motivación o de información, las barreras culturales y la desconfianza hacia los servicios de salud, especialmente entre las poblaciones más vulneradas.

En el campo de la salud mental, los DISM se organizan como estructuras de apoyo comunitario destinadas a acompañar los procesos de cuidado y su continuidad, particularmente en las transiciones desde entornos de atención intensiva hacia la vida en comunidad. Su objetivo es promover la inclusión social y laboral, fortalecer las redes de apoyo, evitar internaciones y reingresos innecesarios, y favorecer la autonomía y el desarrollo de proyectos de vida independientes.

Ética del cuidado y horizonte de comunidad

El Plan Provincial de Salud Mental logró un 92,3 % de cumplimiento de sus metas, y la gestión anunció la construcción participativa del Plan 2027-2030, con enfoque interministerial y territorial. El desafío, según Nicolás Kreplak, no es solo sostener la red, sino reconfigurar el sistema sanitario desde una ética del cuidado que contrarreste la lógica de la crueldad.

Como enseñó Foucault, toda política de salud mental es también una política de libertad. El modo en que un Estado trata el sufrimiento dice más sobre su proyecto de sociedad que cualquier discurso económico. Allí donde otros gobiernos ven gasto, la provincia propone inversión en humanidad.

Freud advertía que una cultura se enferma cuando convierte el dolor en norma. La salud mental, entonces, no es

una disciplina técnica sino un campo ético-político donde se decide si el sufrimiento será escuchado o descartado.

La Reforma Bonaerense en Salud Mental no es solo sanitaria: es reparatoria. Supone pasar del encierro al acompañamiento, del diagnóstico al vínculo, del estigma al derecho. Frente al avance de un discurso neoliberal que promueve la meritocracia del dolor, la salud pública bonaerense ensaya otro lenguaje: el del cuidado compartido, la solidaridad y la presencia estatal, donde no se invierten las causas por las consecuencias y las determinaciones sociales de la salud adquieren todo su valor en los procesos salud-enfermedad-atención, cuidados y continuidad de los cuidados.

En un tiempo donde la crueldad se volvió política de Estado y la desesperanza amenaza con volverse sentido común, la Reforma Bonaerense se levanta como una política de esperanza: un recordatorio de que aún es posible construir comunidad en medio del desamparo y donde la organización del sistema público y el trabajo colectivo de quienes lo sostienen son la garantía de que la salud mental siga siendo un derecho y no un privilegio.

Referencias bibliográficas

- Alemán, J. (2019). *Capitalismo: Crimen perfecto o emancipación*. Paidós.
- Amendolaro, R.; Calmels, J. y Malgá, M. (2025). Informe sobre Salud Mental en la Argentina. *SALUD Pública, revista del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires*, 4.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barral.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.

- Calmels, J. (2023). *Políticas del cuidado y salud mental comunitaria*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. En *Obras Completas* (vol. XXI). Amorrortu.
- Fundación Soberanía Sanitaria, Asociación Civil Enclaves (agosto, 2025). *Crisis de salud mental en Argentina: retrocesos, desafíos y urgencias*. Informe FSS N.º 91. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/1JEzppqcvJ-5m3lYqTmGsXgiLOtLYerirf/view>.
- Kreplak, N. (2024). *Política de salud pública y derecho al cuidado*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Lacan, J. (1972). *Seminario 20: Aún*. Paidós.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2023). Plan Quinquenal de Salud. Resumen ejecutivo. Disponible en <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/wp-content/uploads/sites/244/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2025). *Plan Provincial de Salud Mental 2020–2025. Informe de gestión y avances*. Dirección Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos.
- Organización Mundial de la Salud (2025). *Informe mundial sobre salud mental 2025*. OMS.
- Observatorio de la Deuda Social Argentina (UCA) (2024). *Informe sobre bienestar y malestar psicológico en Argentina*. Universidad Católica Argentina.
- Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2022). Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema solidario e integrado de salud, 2022-2027. Disponible en <https://tinyurl.com/3c8ns6cn>.

En defensa de la Ley Nacional de Salud Mental¹

ALEXANDRA KOHAN Y ADELQUI DEL DO

Cada vez que alguien mediático atraviesa alguna situación que implica su salud mental, hay, por parte de muchos, una reacción contra la Ley Nacional de Salud Mental. No nos referimos a las declaraciones de las familias, dado que entendemos que el sufrimiento por sus seres queridos conduce, muchas veces, a pedir desesperadamente alguna solución que alivie el padecimiento en el que están sumidos. Y también entendemos la frustración que conlleva dicha situación. Cuando se sufre, es común pensar que ese sufrimiento podría haberse evitado, que se podría haber hecho otra cosa, que si las cosas no fueran como son, entonces no estarían así.

La reacción a la que nos referimos, esa que insiste cada vez, esa que irrumpe invalidando la ley, es la de ciertos medios y la de cierto sector de la opinión pública, *anche*, la de ciertos sectores de la política. Lo que se instala no es un debate, que siempre es bienvenido, sino la aserción, la afirmación férrea, de que la ley no sirve, que hay que cambiarla, que el problema es siempre la ley. Como en muchísimos otros casos, la desinformación abunda y circula. Lo que se escucha como reproche generalizado es que los profesionales o entidades de salud responden a los familiares que no pueden internar involuntariamente, porque la ley no lo permite. Esto no solo no es así, sino que, de sostenerse, se podría estar incurriendo en mala praxis profesional. Con lo que nos encontramos entonces no es con un problema de la

¹ Publicado en el Diario.ar el 7 de junio de 2022.

ley, sino de su implementación, producto de un sistema de salud fragmentado y de intereses políticos corporativos que impiden su correcta aplicación.

Ni la ley ni los que trabajamos en el campo de la salud/salud mental desconocemos las complejas dificultades vinculadas al consumo problemático de sustancias. Resulta fundamental aclarar que es absolutamente falso que la ley no permita la internación involuntaria. En su artículo número 20 señala que la internación involuntaria es un recurso terapéutico y podrá realizarse cuando el equipo de salud mental tratante o interviniente considere que existe situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Esta indicación deberá ser firmada por dos profesionales de diferentes disciplinas, de los cuales uno deberá ser psicólogo/a o médico/a psiquiatra. Como toda situación problemática de salud, resulta indispensable que sea abordada por profesionales formados en la especialización que le corresponda. Cabe destacar en este punto que la intervención del juzgado es posterior a la internación involuntaria. Porque hemos escuchado también el reclamo de que no se puede esperar la intervención judicial ante las urgencias. Pues claro que no, la ley prevé esta situación y por ello dice expresamente que se debe notificar, tanto al juez como al Órgano de Revisión, en un plazo no mayor a 10 horas luego de la internación. Nuestra normativa actual no es un invento argentino, se encuentra en total consonancia con las leyes de otros países y sigue recomendaciones de tratados internacionales en materia de salud mental.

La Ley 26.657 (2010) define la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art. 3).

Ante la crítica infundada y maliciosa por parte de los medios, nos (les) preguntamos, ¿no les parece un criterio

profesional pertinente “riesgo para sí o para terceros”?²; quienes cuestionan este punto, ¿proponen internaciones preventivas? ¿O acaso que sean los jueces o los familiares quienes determinen una internación? La salud mental es un problema de salud, por lo tanto, consideramos —al igual que la ley— que lo mejor y más atinado es que profesionales formados en ese campo puedan decidir sobre cuál es el mejor tratamiento para una persona. ¿Imaginan a un familiar o a un juez indicando y exigiendo una intervención cardíaca o cualquier tipo de tratamiento médico? No tenemos dudas de que las familias deben ser escuchadas e involucradas en el tratamiento, pero de ningún modo pueden dirigirlo. Creemos que el mejor panorama es que sean los profesionales de la salud mental los responsables de la indicación de una internación y que tal internación sea monitoreada por un órgano independiente, como lo es el Órgano Nacional de la Ley de Salud Mental. Es decir, criterio profesional y control externo de la internación, ya que no son pocos los informes que documentan violaciones a los derechos humanos en hospitales psiquiátricos y en comunidades terapéuticas. Uno de los mayores problemas radica en que, ante los casos mediáticos, se pierde de vista la importancia de una ley que viene a poner coto a un sinnúmero de vulneraciones de derechos. Porque la gran mayoría de los usuarios internados por padecimientos de salud mental no cuenta con redes de contención que velen por sus derechos. Entonces, nos encontramos con personas internadas hace 10, 20, 30, 40 años, privadas de sus derechos, de su libertad, en condiciones paupérrimas, sin historia clínica, sin indicación de ningún equipo tratante que justifique la internación

² Entiéndese por riesgo cierto e inminente aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica (Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013, art. 20).

involuntaria. Hay personas que no saben ni por qué fueron internadas, ni por qué sigue pasando el tiempo y permanecen ahí. La Ley de Salud Mental permite salvaguardar y restituir los derechos de estos grupos vulnerables que son usuarios de los servicios de salud mental. No se trata de un problema legislativo, sino de que no se puede avanzar con menos derechos.

Nos resulta difícil no pensar el ataque a la Ley Nacional de Salud Mental en el marco del movimiento antiderechos que circula actualmente en nuestra sociedad. No son pocos los deliberados ataques a cualquier tipo de política pública que intente ocuparse de proteger o ampliar los derechos de las personas. Por nombrar algunos, podemos citar los ataques permanentes al Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, a las políticas sociales y a las de derechos humanos.

Seguiremos defendiendo la Ley Nacional de Salud Mental frente a las embestidas en su contra, esas que pretenden instalarse en la agenda pública a base de desinformación y mentiras; esas que alegan que es un problema legislativo, que la ley requiere ser cambiada. La seguiremos defendiendo porque de esa forma defendemos los derechos humanos de quienes padecen problemáticas de salud mental. No se trata de cambiar la ley, sino de seguir bregando para que todos los efectores, tanto privados como estatales, se adecuen a ella y se profundice su implementación. Velar por su adecuada implementación no es solamente responsabilidad del Estado, sino de todos los profesionales involucrados en el campo de la salud mental. Si bien creemos que toda ley puede ser mejorada o ampliada, cabe destacar que, en su letra, la Ley Nacional de Salud Mental garantiza el derecho a una atención integral y humanizada, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

Avanzar nunca es con menos derechos.

A desmanicomializar, a desmanicomializar...¹

LEONARDO GORBACZ Y ADELQUI DEL DO

Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud² brinda nuevas orientaciones destinadas a acabar con las violaciones de los derechos humanos en los servicios de atención de la salud mental. Entre sus recomendaciones, señala que los servicios de salud mental deben prestarse en la comunidad, brindar apoyo para la vida cotidiana y facilitar el acceso al alojamiento y al trabajo.

Pero el punto central del documento pone de relieve la necesidad de afrontar la discriminación que padecen los usuarios y las usuarias de salud mental y promover los derechos humanos. Ello incluye suprimir el uso de prácticas coercitivas, tales como el ingreso y el tratamiento forzosos, punto en que llega aún más lejos que nuestra Ley Nacional de Salud Mental, que no suprime las internaciones involuntarias, sino que las regula y controla, dado que establece que solo pueden implementarse en caso de evaluar que la persona se encuentra en una situación de riesgo cierto e inminente para sí misma o para terceros.

Nuestra Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N.º 26.657 tiene como objetivo central asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el respeto de los derechos humanos de aquellas con padecimientos mentales. Reconoce el principio de capacidad jurídica y el carácter multicausal de las problemáticas, y brinda pautas para una política pública con perspectiva de

¹ Publicado en *Infobae* el 22 de junio de 2021.

² Disponible en <https://tinyurl.com/4mfarver>.

derechos humanos, que apuntan a mejorar las condiciones de vida de miles de usuarios y usuarias del sistema de salud mental e impulsan una inclusión social plena. La ley alcanza a las instituciones públicas y privadas de salud mental e incluye las adicciones como parte del campo.

Claramente, nuestro país avanzó al sancionar esta ley, en consonancia con las recomendaciones de organismos internacionales en materia de derechos. Lejos de ser un texto inaplicable escrito sin participación de expertos, como se suele afirmar, es una construcción trabajosa y colectiva que se basó en fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, informes documentados de organismos de DD. HH. e instrumentos de organismos internacionales, como la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Declaración de Caracas de la OPS, los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales, entre otros, y luego fue consolidada fuertemente con la sanción del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (2015).

La palabra *desmanicomialización* es difícil de pronunciar, pero aún más difícil de llevar a la práctica, porque implica desandar prejuicios, prácticas instituidas y resistencias corporativas. Difícil, pero necesario. No solo nos obliga la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, convención con jerarquía constitucional que promueve la vida independiente de las personas con discapacidad psicosocial e intelectual, sino también la evidencia de decenas de miles de personas que en lugar de recuperarse se han cronificado en instituciones de encierro.

No se trata solamente de pensar la atención en salud mental y su reglamentación en torno a las internaciones: también, la ley brega por otras tantas personas a las que este sistema no les ha dado respuestas, porque concentra la mayor parte de los recursos en pocas instituciones alejadas de los lugares donde vive la gente y desintegradas de la red de salud y de los servicios sociales en el territorio.

El respaldo explícito del gobernador Axel Kicillof a un proceso que se viene llevando adelante en la provincia de Buenos Aires desde diciembre de 2019, que en poco más de un año ha logrado devolver a la comunidad y en condiciones de vida digna y cuidada a cientos de ciudadanos y ciudadanas que se encontraban abandonados y encerrados en instituciones de salud mental, constituye un hecho significativo y refleja en palabras lo que ya los hechos venían demostrando en políticas concretas y enfocadas en los derechos humanos de uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad.

Las palabras del gobernador están respaldadas por una sólida política de salud mental, encuadrada en el Programa Buenos Aires Libre de Manicomios, que tiene como objetivo el cumplimiento de una ley nacional vigente, votada por unanimidad de todos los bloques políticos hace más de 10 años, y alineada con compromisos internacionales en materia de derechos humanos asumidos por nuestro país. En este contexto, en octubre de 2020, los directores y directoras de los cuatro hospitales públicos monovalentes de la provincia de Buenos Aires presentaron sus proyectos para cumplir con la ley. Dichos proyectos han sido aprobados y ya se están realizando importantes avances para su implementación.

La profunda transformación institucional para la sustitución definitiva que demanda el artículo 27 de la Ley 26.657 es un proceso que requiere tiempo y decisión política, porque se trata de abrir nuevos dispositivos que no respondan a la lógica del aislamiento sino a la de los cuidados y puedan articularse en el territorio con otras políticas públicas, que exceden incluso al sistema sanitario.

La provincia de Buenos Aires, lejos de poner la pandemia como obstáculo a la transformación, la ha puesto como una palanca para posibilitar la creación de nuevos servicios, como los programas de acompañamiento a personas en aislamiento por covid-19, el programa de apoyo a los equipos

de salud que están en la primera línea de respuesta, los servicios de atención y orientación telefónica, la organización de residencias con apoyos para la externación de personas con muchos años de permanencia en hospitales psiquiátricos por problemas sociales y el fortalecimiento y la creación de servicios de salud mental en hospitales generales, que fue lo anunciado, entre otras medidas, por el gobernador Kicillof en el acto donde habló de desmanicomializar.

Los antecedentes y las recomendaciones internacionales demuestran la importancia de implementar estas políticas públicas como respuesta a la vulneración de derechos que padecen los usuarios y usuarias de los servicios de salud mental.

Recorrer ese camino nos permitirá proteger derechos fundamentales y terminar con una de las deudas de nuestra democracia.

Un Estado de bienestar e inclusivo no puede sostener instituciones manicomiales.

Apartado II. Políticas de drogas y derechos humanos

Derechos humanos y políticas públicas sobre drogas

La violencia es el último refugio de los incompetentes.

Isaac Asimov (2008)

La humanidad es el punto de partida y el punto de llegada.

Paulo Freire (2005)

Este artículo tuvo su origen en contenidos dictados en la diplomatura organizada en articulación entre la UBA, un gremio docente y la Sedronar, en la cual se abordó la compleja temática del consumo problemático de drogas en jornadas de intercambio y enriquecimiento con personal del sistema público de salud, entre otros actores, que trabajan día a día en los barrios y territorios con esta realidad que atraviesa especialmente a los sectores populares.

Es necesario tener en cuenta el contexto actual para hablar sobre salud mental, consumos problemáticos y políticas de drogas. En la misma línea que se cuestiona la educación pública, también se cuestiona la salud pública. No sé si tuvieron la oportunidad de mirar la plataforma de Juntos por el Cambio, y por supuesto las políticas llevadas adelante por el gobierno de La Libertad Avanza. Yo sí, y me gustaría señalar fundamentalmente los puntos vinculados a la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Encontré que ambos partidos políticos, en su plataforma, plantean modificar dicha ley. Claramente no para mejorarla, ya que toda ley puede ser perfectible.

La modificación que plantean estas fuerzas políticas a la Ley 26.657 implica volver, por lo menos, 100 años hacia atrás. ¿Qué quiero decir con esto? Que significa volver al

modelo manicomial, al modelo asilar de las internaciones prolongadas, al modelo en el que un juez, a su arbitrio, podía internar a alguien, prácticas habituales previas a la sanción de esta ley. Prácticas manicomiales que llevaron a múltiples vulneraciones y violaciones a los derechos humanos, es decir, personas que no tenían criterio de internación terminaban internadas por la simple firma de un juez, sin la evaluación interdisciplinaria correspondiente.

Podemos ejemplificar este hecho con tres casos significativos, no muy lejanos en el tiempo, de la historia de la salud mental de nuestro país:

- *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*¹ señala que 25.000 personas con padecimiento mental se encontraban internadas, y que más del 80 % de estas personas estaban encerradas desde hacía más de un año. Se destacan promedios de internación de más de 10 años, entre ellos, el Hospital José T. Borda, con un promedio de 10 años y 6 meses.

En dicho informe se denunciaban internaciones arbitrarias, abusos en el interior de las instituciones, muertes sin investigar, privación de la libertad en celdas de aislamiento, maltratos físicos y sexuales, falta de atención médica, condiciones insalubres de alojamiento, ausencia de rehabilitación, tratamientos inadecuados y sobrepoblación. Además, se señalaba que las autoridades políticas y administrativas admitían que entre el 60 % y el 90 % de las personas internadas eran “pacientes sociales”, es decir, personas en condiciones de alta, pero sin lugar donde ir.

Dicho documento, llevado a cabo por un equipo de investigación del que formé parte, visibilizó las condiciones de vida de las personas internadas, la vulneración de

¹ Publicado en 2008 por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI). Disponible en https://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf.

derechos y fundamentalmente el vacío legal respecto a la salud mental de nuestro país. Una de las recomendaciones de *Vidas arrasadas* fue la necesidad de una ley nacional de salud mental. La actual ley permite la regulación y el control sobre las instituciones públicas y privadas de salud mental.

- **Comisión Interamericana de Derechos Humanos.** En octubre de 1993, la señora María del Carmen Senem de Buzzi se presentó en un juzgado de familia para solicitar un tratamiento para su hijo por consumo problemático. A partir de la presentación y un entredicho en el juzgado, una jueza nacional dispuso su internación involuntaria.

María del Carmen fue trasladada a una clínica psiquiátrica, donde estuvo internada por cinco meses. Las condiciones de la internación le provocaron distintos problemas de salud. Sus numerosas denuncias fueron ignoradas y jamás pudo conocer los motivos por los que fue internada.

Cuando finalmente salió del manicomio, presentó un recurso judicial que tardó 14 años en ser resuelto y que fue rechazado. Le negaron la posibilidad de tener justicia y reparación por los daños sufridos durante su internación involuntaria. María del Carmen murió en febrero de 2019.

En el año 2023 el Estado argentino reconoció su responsabilidad internacional por el caso de María del Carmen Senem de Buzzi y llevó adelante un pedido de disculpas públicas².

El caso resulta paradigmático porque evidencia la respuesta estatal que recibían las personas usuarias de los

² El Estado argentino reconoció su responsabilidad internacional por el caso y realizó un pedido de disculpas públicas al hijo de la víctima. La firma del acuerdo tuvo lugar en la sede del Archivo Nacional de la Memoria de la Ex ESMA y contó con la participación del secretario Horacio Pietragalla Corti; el director de Contencioso Internacional en Materia de Derechos Humanos de la Cancillería, Javier Salgado; la directora ejecutiva del Centro de Estudios Legales y Sociales, Paula Litvachky, y Carlos Maciel Buzzi, hijo de María del Carmen.

servicios de salud mental en Argentina antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Es decir, un juez decidía una internación por tiempo indeterminado sin criterios profesionales, sin que el paciente recibiera asistencia judicial o legal; se daba lugar a la pura arbitrariedad.

- **Artista plástica.** Con un diagnóstico dudoso y discutible: “demencia frontotemporal”, en el año 2005 una reconocida escritora y artista plástica es sorprendida por enfermeros que irrumpen en su departamento. Los hombres actúan con el permiso y consentimiento de su familia. Esa misma tarde es internada en un hospital psiquiátrico debido a lo que es catalogado como “un comportamiento extraño” por parte de la señora, quien, según su familia, se encontraba “despilfarrando la fortuna familiar, manteniendo una vida sexual activa y un estilo de vida inadecuado para su edad”.

Claramente había otros intereses, no vinculados a la salud mental de la escritora y artista. No solo la internaron contra su voluntad y sin criterios psicopatológicos claros, sino que tuvo que defenderse durante años de un juicio por “insania”. Durante todo ese tiempo, la mujer no pudo disponer de sus bienes y dinero. Más allá de la cuestión de género, que también está presente en esa situación, es un claro ejemplo de lo que implica no tener marcos normativos que protejan derechos. Se decidió una internación sin evaluación interdisciplinaria y con la sola firma de un profesional médico.

Es importante destacar que la actual ley dispone que toda internación debe cumplir con una evaluación y un diagnóstico interdisciplinarios, motivos que la justifiquen y las firmas de dos profesionales de la salud, de los cuales uno debe ser psiquiatra o psicólogo, como así también la

herramienta del Órgano de Revisión³ como instancia de control de las internaciones.

En torno al consumo problemático de drogas, los gobiernos neoliberales no lo entienden como un problema de salud, sino como un problema de seguridad, un problema de narcotráfico. Fue lo que sucedió durante el gobierno del expresidente Mauricio Macri. ¿Sabían el impacto que tuvo esto en derechos humanos? Se llenaron las cárceles de jóvenes pobres, jóvenes que eran detenidos en la vía pública con pequeñas cantidades de droga. Esa era la guerra contra el narcotráfico. Es decir, perseguir al usuario y tratarlo como a un delincuente.

La persecución y criminalización de las personas que usan drogas tiene un costo social alto en materia de vulneración de derechos humanos, violencia institucional y estigmatización social. La ONG Reset, Política de Drogas y Derechos Humanos señala que entre los años 2016, 2017 y 2018 se iniciaron 30.185 causas por “tenencia simple o para consumo” o por el cultivo, siembra o guarda de semillas.

De acuerdo con datos del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), durante el gobierno de María Eugenia Vidal, en la provincia de Buenos Aires hubo un aumento de más del 300 % en cantidad de causas iniciadas por consumo y narcomenudeo: pasaron de 13.948 en 2006 a 48.046 en 2017.

Son ejemplos contundentes sobre por qué es fundamental hablar y legislar desde una perspectiva de derechos humanos en estas temáticas. Es muy importante poner esto en contexto, siempre tenemos que leer y pensar las cosas en un contexto. Como dice la querida profesora Ana María Fernández, *el contexto se hace texto*.

³ Entre sus funciones, se encuentra la de solicitar información a las instituciones de salud, recibir denuncias, evaluar internaciones involuntarias y apelar las decisiones del juez. Ante situaciones irregulares, puede requerir la intervención judicial, como así también realizar presentaciones ante el Consejo de la Magistratura para que sancione irregularidades de los jueces. Puede además realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación.

Vamos a comenzar a conversar acerca de por qué el paradigma de los derechos humanos es necesario para pensar el consumo problemático e incluso también la política de drogas. Tenemos que partir de la idea de que los derechos humanos son un marco de referencia para

- Implementar y evaluar las políticas públicas de drogas.
- Pensar e implementar las políticas públicas de salud mental y consumos problemáticos.

Sabemos que implementar políticas públicas sobre las drogas ilegales sin una perspectiva de derechos humanos, además de su fracaso en torno a la eficacia, ha generado desastres sociales.

Los gobiernos neoliberales siempre quieren involucrar a las Fuerzas Armadas para “combatir el narcotráfico”. Colombia y México son claros ejemplos de esas políticas de implicar al ejército. Las consecuencias suelen ser nefastas en materia de derechos y garantías para la población y además no resuelven los problemas del narcotráfico.

Nuestro país tiene tres leyes⁴ que lo impiden y establecen que el rol principal de las Fuerzas Armadas es la defensa contra agresiones externas de otros países. Nuestra democracia estableció un esquema legal caracterizado por el control político civil, la separación entre seguridad interna y defensa y la prohibición de que las Fuerzas Armadas intervengan en asuntos internos.

Observamos que tiene consecuencias reales no incluir los derechos humanos en las políticas llevadas adelante en materia de consumos problemáticos, porque tiene un impacto directo sobre la población, sobre todo en los sectores vulnerabilizados. Pensar al usuario como un delincuente

⁴ De Defensa Nacional (1988), de Seguridad Interior (1991) y de Inteligencia Nacional (2001), además del decreto reglamentario 727/06, sancionados y reglamentados durante presidencias distintas, que conforman el acuerdo interpartidario más importante conseguido en democracia.

tiene un impacto en nuestra vida cotidiana, ya sea que trabajemos en un barrio o en un hospital o donde sea. No es lo mismo hablar de delincuentes que de consumo problemático. Son paradigmas distintos, son concepciones distintas, son maneras distintas de pensar al ser humano. El primero lo piensa como alguien que no tiene derechos, como alguien que está perdido y que la única solución es meterlo preso. El segundo lo piensa como un sujeto de derecho.

Volviendo a la perspectiva de derechos humanos: ¿qué son los derechos humanos? Si bien la respuesta pareciera obvia, es interesante poder sistematizar y preguntarnos de dónde viene esta concepción. Que todos, por el simple hecho de haber nacido, tenemos derechos no es un concepto muy antiguo.

El concepto de que somos iguales ante la ley, o de que tenemos derechos por el solo hecho de haber nacido, tiene sus antecedentes; estos son los postulados de la Revolución francesa (1789) y la Declaración de Independencia de los Estados Unidos (1776). Ambas revoluciones van a enmarcar la constitución de los nuevos Estados nación y sus marcos constitucionales.

Los derechos humanos son un conjunto de libertades y derechos para todos, sin distinción de color, sexo, idioma, religión. Permiten crear una relación integrada entre la persona y la comunidad que permita a los individuos ser personas jurídicas, identificarse consigo mismos y con los demás. Se caracterizan por ser universales, intransferibles, irrenunciables, interdependientes; es decir, nadie puede renunciar a los derechos que tiene, que se complementan con otros, que son progresivos. Así, se van conquistando los derechos humanos, ya desde su origen, y estos surgen a partir de procesos de lucha. Son conquistas que se van produciendo por la lucha de determinados sectores de la sociedad y que luego el Estado reconoce como derechos. Un ejemplo de esto es la Ley Nacional de Salud Mental. Fue un proceso que llevó varios años, donde participaron usuarios del sistema de salud mental, organismos de derechos humanos,

asociaciones de profesionales, que fueron generando antecedentes de lo que hoy es la Ley de Salud Mental.

Otro ejemplo muy significativo es la despenalización del aborto, que se logra por el movimiento de mujeres, la campaña nacional por el aborto legal, seguro y gratuito, por el movimiento feminista, entre otros actores sociales que organizaron movilizaciones, charlas, reuniones, debates, etc., hasta que el tema se instaló en la agenda pública y el Estado escuchó y reconoció esos derechos. Es decir, los derechos humanos están vinculados a procesos de lucha, a procesos de conquista de debates, de logros de consenso que luego pasan a ser normativas.

Existen los derechos civiles y los derechos políticos: estos son los derechos a tener una determinada creencia, ya sea política, religiosa, etc., y en ello el Estado no puede intervenir. No puede perseguir a un ciudadano/a por sus ideas o creencias religiosas, debe respetar su derecho a la libre expresión. A esto se le llama derechos negativos. También existen los derechos que el Estado debe garantizar. El derecho a la salud, el derecho a la educación, el derecho a la cultura, etc. A estos se los denomina derechos positivos.

Por otra parte, están los derechos colectivos, que son los derechos que se encuentran en disputa. Los derechos colectivos son, por ejemplo, los derechos de los pueblos originarios. Podemos ver periódicamente tensiones en distintas partes de nuestro país en relación con este tema. Son derechos vinculados a la calidad de vida, un derecho que está en discusión actualmente.

Con respecto a los derechos civiles y políticos, podríamos decir que hay cierto consenso. De los derechos sociales, no podemos decir lo mismo. Se hallan hoy en día en un tenso debate, atravesado por múltiples intereses y paradigmas en pugna.

En democracia, las violaciones a los derechos humanos se enmarcan en un concepto que se denomina *violencia institucional*. En él se engloban todas las vulneraciones de derechos en democracia.

La violencia institucional se define tradicionalmente como aquella violencia física, sexual, psíquica o simbólica ejercida por agentes y funcionarios del Estado en cumplimiento de sus funciones. La Secretaría de Derechos Humanos (2015) señala que “es un fenómeno que abarca desde la detención por averiguación de antecedentes hasta formas extremas de violencia como el asesinato y la tortura”.

Si bien la violencia institucional puede afectar a personas de cualquier extracción social, existen contextos que favorecen la violencia institucional: acciones de protesta social, encierro penal o psiquiátrico, ámbitos en los que se accionan políticas de seguridad restrictivas de derechos, entre otros. Las víctimas pertenecen mayoritariamente a sectores de la población que sufren procesos de vulnerabilización y están en situación de pobreza, motivos por los cuales recaen sobre ellos estereotipos y estigmas sociales.

Podemos incluir la violencia policial, pero también la violencia en los hospitales de salud mental, la violencia obstétrica, la violencia ejercida en ámbitos de la salud pública. Si, por ejemplo, uno es un trabajador de la Sedronar, es un representante del Estado y, como tal, debe garantizar que se respeten los derechos de las personas. Somos nosotros, en tanto agentes estatales, quienes debemos garantizar y proteger los derechos de las personas. Podemos decir que el Estado interviene a medida que surgen las situaciones de conflictividad. El Estado en general va por detrás, va tratando de resolver las problemáticas que van surgiendo. Y no es una crítica, es así, van surgiendo fenómenos sociales nuevos, la sociedad va cambiando y demandando nuevos derechos.

Hagamos un poco de historia. A principios de 1900 se sanciona por primera vez una Ley de Drogas en nuestro país. En esa época se podía acceder a determinadas drogas, como el opio, la marihuana y la cocaína, con receta médica. Tenían un uso médico, por lo cual se vendían en las farmacias. En las letras de los tangos se veía reflejado un consumo que no tenía que ver con el consumo médico, sino con un

consumo recreativo. Había ley, pero no había persecución a los usuarios y usuarias. Esta ley regulaba un poco la venta, es decir, determinaba qué sustancias debían contar con receta médica.

Al poco tiempo se comienza a presionar y a plantear un endurecimiento de las penas, y al no diferenciar entre el usuario y el vendedor, se inaugura algo que todavía está vigente, que es la interpretación del juez. Se captura a una persona con una determinada cantidad de droga y el juez interpreta y define si es para consumo o si es para venta.

Sabemos que las consecuencias penales no son las mismas: si es para venta, va a tener una pena mayor; si es para consumo, la pena será menor. Esto no es tan distinto a la Ley de Drogas que tenemos hoy, que es de 1989, la cual aborda el narcotráfico y el uso indebido de drogas. Esta ley modifica el Código Penal y establece penas para la producción, tráfico y comercialización de estupefacientes, así como para el consumo personal en ciertas circunstancias.

Es decir, con el tiempo va ganando terreno una propuesta que es impulsada por Estados Unidos, que es el punitivismo y el abstencionismo. Se piensa que el narcotráfico se combate prohibiendo el consumo y persiguiendo a los usuarios. Esta política, importa volver a destacar, fracasó a nivel internacional. No sé si puede suponerse algún resultado positivo de este enfoque. Lo que sí podemos ver es el impacto negativo que tiene el prohibicionismo. Es absurdo pensar que a una persona se la va a ayudar únicamente prohibiendo, persiguiendo y encarcelando.

Las estadísticas nos muestran que el encierro no es terapéutico y que no cura ni ayuda a nadie. Las políticas prohibicionistas y represivas no funcionan ni en nuestro país ni en el resto del mundo. No es lo mismo pensar que una persona transita un proceso en su tratamiento, y que ese proceso puede estar atravesado por múltiples situaciones, que pensarlo como un sujeto a ser encerrado para que no consuma.

Hay una gran diferencia entre una perspectiva de acompañamiento y una perspectiva de castigo. El prohibicionismo afecta la accesibilidad al sistema de salud. Si ya se parte de la base de pensar a la persona como un delincuente, ¿cómo va a acercarse a pedir ayuda? ¿Cómo va a confiar en una sociedad que lo piensa como un delincuente?

Esto pasa mucho con las mujeres. Una mujer con problemas de consumo es un problema para el sistema de salud. Muchos profesionales tienen la idea de que si una mujer tiene problemas de consumo, es mala madre o no puede ser madre; está ese estigma. Lo mismo pasa con las mujeres con problemas de salud mental. A muchas les han sacado a sus hijos en el hospital psiquiátrico. Porque si consume, ya se duda sobre la moral de la mujer, ya no es solamente una persona que consume, sino que probablemente sea “mala madre” y tenga “malas prácticas” que la invalidan para la crianza. Empiezan a aparecer todos los prejuicios, todos los estigmas y eso es un obstáculo para que una mujer vaya a atenderse. Además, en general los dispositivos no contemplan que una madre pueda ir con los hijos, porque quienes se hacen cargo y están todo el tiempo con los hijos son las mujeres. Algunos dirán que no todas, que hay excepciones, pero son eso: excepciones.

No voy a analizar hoy esta cuestión de género, pero sí quiero señalarla. Y también señalar que, si uno va a la estadística, el 70 % de las mujeres presas en nuestro país fueron detenidas por la ley de droga. ¿Podemos decir que el problema del narcotráfico está ahí? Son muchas mujeres en situación de vulnerabilidad social, pequeñas ventas o que cruzan las fronteras arriesgando su vida y terminan presas. Mujeres pobres, sin oportunidades. En la población trans, es el 90 %. Un sector que no accede al trabajo, y como le cuesta muchísimo más conseguir trabajo, terminan en circuitos ilegales, en circuitos liberales, a lo que el Estado responde con una sola medida: la cárcel.

Desde 1989 tenemos vigente la Ley 23.737, que castiga con prisión de un mes a dos años y multa la tenencia de

droga para uso personal, a interpretación de un juez. ¿Qué es consumo personal y qué sería venta? Contempla medidas de seguridad curativa para quienes dependen física o psíquicamente de sustancias, y deja en suspenso la pena hasta la evaluación de los resultados del tratamiento. Es una ley que responde al paradigma abstencionista, es decir, obligar a una persona a que haga un tratamiento. Para cualquiera que haya tenido alguna experiencia de tratamiento en salud mental, que haya ido al psicólogo/a, sabe que si no es por propio convencimiento, no tiene sentido. Está demostrado también que el tratamiento compulsivo no sirve. Muchas personas acceden porque prefieren hacer “tratamiento” a ir presos. Si la alternativa es ir al psicólogo todos los días, lo más probable es que vayan, pero el mero hecho de ir no es hacer un tratamiento. Hay una distancia enorme entre simplemente asistir y los efectos terapéuticos de un tratamiento propiamente dicho. Además, esto se contrapone a la Ley Nacional de Salud Mental, que dice que cada individuo puede elegir qué tratamiento se adecúa mejor a su persona. Son paradigmas distintos.

Además, es importante tener en cuenta, fundamentalmente quienes trabajan en el sistema público, que la criminalización del consumo limita el acceso a la salud. A veces somos los mismos profesionales los que nos encontramos con obstáculos para atender a personas con problemas de consumo. Todos estos estigmas y prejuicios también nos atraviesan a nosotros, pero como profesionales, tenemos la obligación de detectar nuestras propias dificultades y resolverlas.

El consumo problemático implica múltiples variables. Hay que considerarlo en el marco de una sociedad cuya principal característica es el consumo. Estamos en una época en la que lo único que se nos ofrece es consumir más. Entonces uno tiene que pensar los problemas al lado de otros problemas y tiene que leer el momento histórico en el que está, el contexto social y qué disputa de poder hay. Es necesario estar advertido y saber dónde pararse, justamente

para no quedar en una posición que atente contra nuestros propios intereses y derechos.

Para abordar el consumo problemático, tenemos que continuar con el reclamo para que haya más dispositivos de salud, no menos, con menos ya sabemos lo que es, ya lo vivimos en la década del 90. Yo quiero que la Sedronar tenga más dispositivos, no menos. Yo quiero que el hospital público tenga más profesionales para atender a los chicos. Yo quiero más escuelas, no menos, no quiero *vouchers*. Que haya más instituciones y más oportunidades. Que los jóvenes tengan proyectos de vida, eso es fundamental para que no se metan en los consumos. Muchas veces la ausencia de proyectos lleva a los consumos, por la falta de oportunidades, por no tener laburo, por no tener perspectiva hacia el futuro. Por ejemplo, durante la crisis de 2001, aumentaron tanto la demanda en salud mental como el consumo de sustancias. No es casualidad que ahora también esté aumentando. Y no solamente el consumo de sustancias, el aumento exponencial del suicidio adolescente nos interpela a pensar políticas públicas que den respuesta urgente a esta epidemia: hoy, en Argentina, se suicida un adolescente por día.

Es fundamental no criminalizar el consumo y entender la salud mental como un concepto dinámico, determinado por componentes sociales, económicos, culturales y psicológicos. El derecho a la privacidad, la autodeterminación, la libertad y la justicia, respetando la decisión del usuario con respecto a su tratamiento. Esto es lo que dice la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y, como mencionaba anteriormente, es precisamente en esta perspectiva donde se contraponen con la Ley de Drogas.

Nosotros partimos del principio de que toda persona es sujeto de derechos, independientemente de si tiene un problema de consumo o un problema de salud mental, o ambos. Lo importante es que tenemos derechos, que podemos acceder a un tratamiento, que tenemos esa posibilidad, ya que en nuestro país hay instituciones públicas que abordan estas temáticas. También tenemos las grandes

organizaciones sociales y a los curas villeros que están en los barrios. Es decir que tenemos este lazo social y el abordaje es intersectorial. Es el Estado con las organizaciones de la sociedad, con los clubes, con los gremios.

Los problemas complejos hay que abordarlos desde distintos ámbitos del Estado, no alcanza solamente con el tratamiento, es necesaria también una política social. Se trata de un problema intersectorial e interdisciplinario, no exclusivo de los médicos o de los psicólogos. Ya lo dijo Esteban Rodríguez Alzueta en un artículo: necesitamos más trabajadores sociales. Yo agregaría que necesitamos más militantes sociales que se metan con estos temas.

Sé que las organizaciones sociales dan cada vez más lugar a estos temas, pero es necesario aún más y con mayor articulación. Es fundamental el derecho a acceder a un tratamiento, pero también tenemos muy instalado en el campo de los consumos problemáticos que el tratamiento es la internación. No digo que no sea necesaria, puede serlo en algunos casos, pero muchas veces está pensado como único recurso o como única alternativa, y no es la única alternativa, hay alternativas intermedias. Fundamental es el acompañamiento a la persona que pueda estar atravesando un problema o una situación de consumo. No se suele tener en cuenta que las internaciones prolongadas muchas veces provocan que la persona pierda el vínculo con su familia, con vecinos, con amistades, que pierda su trabajo. Por eso una respuesta integral al consumo problemático implica una articulación con distintas instancias del Estado y la comunidad, para garantizar el derecho a la salud a través de la participación multisectorial, intergubernamental e interdisciplinaria.

El Plan Integral para el Abordaje de Consumo Problemático (IACOP) establece una definición que habla de los consumos problemáticos con o sin sustancias, legales o ilegales. Es decir, consumo problemático puede ser el juego, las apuestas digitales, las redes sociales, todo aquello que afecte negativamente en forma crónica la salud física o psíquica

del sujeto o las relaciones sociales. Este es un plan que está aprobado por ley, pero todavía no está implementado.

Volviendo a la diferencia de paradigmas. Es cierto que entre la Ley de Salud Mental y la Ley de Drogas hay contradicciones. Pero como señalaba al inicio, los cambios de normativas, las ampliaciones de derechos implican procesos muy complejos y consensos sociales y políticos. De algún modo hay que ganar terreno, ganar consensos, para lograr normativas que protejan derechos, que protejan formas de abordaje que permitan que la persona que está atravesando algún problema, ya sea de salud mental o de consumo, sea tratada de la mejor manera, respetando sus derechos.

Todo proceso de conquista de derechos implica acumular fuerzas. Por eso son tan importantes las elecciones y tener en cuenta qué se pone en juego en ellas y qué intereses va a llevar adelante después ese diputado o esa diputada, si los de las mayorías o los de las corporaciones y grupos concentrados. Como dice el ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, Nicolás Kreplak, nuestro país tiene una tradición movimientista, una tradición de organizaciones populares, ellos son los que tienen que ganar terreno.

Tenemos que dar muchos debates acerca del Estado. De esto se sale en comunidad, se sale con mayor presencia y no desde lo individual. No es desde el individualismo o desde el *sálvese quien pueda*. No es por ahí.

Importa destacar que nuestra Ley de Salud Mental está en consonancia con leyes que hay en otros países, aunque muchas veces es cuestionada por algunos sectores que plantean que es un invento de los psicólogos argentinos; la Ley de Salud Mental no es muy distinta a la ley que tienen países europeos u otros países latinoamericanos. Chile y Uruguay tienen una ley similar a la nuestra, México incluso este año prohibió las internaciones involuntarias. En contraposición, tal como mencionáramos, algunos países adoptaron políticas punitivas y de militarización de territorios como respuesta al problema del consumo de sustancias, especialmente en barrios populares. Desde la perspectiva de derechos

humanos se ha cuestionado mucho este tipo de intervenciones militares. No soy un especialista en Colombia, pero sí he leído materiales que señalan que esa experiencia ha sido un fracaso. Ha llevado al desplazamiento de poblaciones, a conflictos armados, a persecuciones a dirigentes sociales, a enormes violaciones a los derechos humanos. No solo no se resolvió el problema del narcotráfico, sino que se agravó, incluso se terminaron incorporando sectores del ejército al negocio. Por eso es que yo diferencio la ley de defensa y la ley de seguridad, que son dos formas distintas. Pensar el conflicto o las situaciones de seguridad interior con la policía, con la gendarmería, con la prefectura, con las policías provinciales, con la policía federal, que son fuerzas preparadas para eso. Los militares están preparados para otra cosa, están preparados para una guerra, no para ir a un barrio y hablar con unos chicos que pueden estar en una esquina. Nosotros tenemos que apostar a contener y a integrar.

Un Estado fuerte es el que puede brindar reglas de juego claras para poder pensar determinados abordajes en un determinado escenario, y si a nosotros nos preocupa la salud mental, nos preocupan los pibes, las pibas, necesitamos mayor grado de integración social con una mayor presencia del Estado.

Para ampliar el tema, podríamos citar, entre otros, el libro: *Yo acuso. Las mentiras que matan a los adictos*, de Annie Mino y Sylvie Arsever, y también los invito a leer y seguir de cerca las políticas públicas en salud y salud mental en la provincia de Buenos Aires. Porque el trabajo es cotidiano y la tensión de los paradigmas no se resuelve solo con las normas legales, necesita de políticas activas y acordes a las problemáticas de cada territorio. Ese es nuestro desafío.

Referencias bibliográficas

- Asimov, I. (2008). *Fundación*. Debolsillo. (Obra original publicada en 1951).
- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y MDRI (Mental Disability Rights International) (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo XXI Editores.
- CELS (2017). *Derechos humanos en la Argentina. Informe anual*. Siglo XXI Editores.
- Feinmann, J. P. (2013). *La filosofía y el barro de la historia*. Planeta.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Hobsbawm, E. (2011). *La era de la revolución (1789-1848)*. Crítica.
- Kreplak, N. y Comes, Y. (2024). *Manual de salud pública*. Siglo XXI Editores.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N.º 26.657. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP)*. Buenos Aires, Argentina.
- Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. París.
- Reset-Política de Drogas y Derechos Humanos (2019). *La criminalización del consumo en Argentina*. Buenos Aires.

De Auschwitz a Jalisco¹

Si habéis nacido en un país y en una época en que no sólo nadie viene a mataros a la mujer y a los hijos, sino que, además, nadie viene a pedirnos que matéis a la mujer y a los hijos de otros, dadle gracias a Dios e id en paz. Pero no descartéis nunca el pensamiento de que a lo mejor tuvisteis más suerte que yo, pero que no sois mejores. Pues si tenéis la arrogancia de creer que lo sois, ahí empieza el peligro.

Jonathan Littell, *Las benévolas* (2007)

Hace días asistimos a un hallazgo extremadamente macabro en México, un campo de concentración creado por una banda de narcotraficantes. La presidenta de México, Claudia Sheinbaum, calificó los hallazgos como “terribles” y dijo que deben ser “profundamente investigados”.

Huesos quemados, ropa, zapatos, bolsos y cartas de despedida son algunas de las cosas que encontró el colectivo Guerreros Buscadores de Jalisco en el Rancho Izaguirre, en el oeste de México. Dicho colectivo, compuesto por familiares de víctimas, se dedica a buscar a personas que han desaparecido por la violencia narco y denunció que el lugar operó como un “centro de reclutamiento y exterminio”.

La zona, que está controlada por el cártel Jalisco Nueva Generación, habría sido utilizada para reclutar y entrenar de manera forzada a jóvenes que se sumarían a su banda criminal. En el lugar se encontraron tres hornos crematorios, 400 prendas de vestir, decenas de casquillos de bala y cartas escritas por personas que estuvieron cautivas. Un método de exterminio y ocultación de cuerpos nunca antes visto en México.

¹ Publicado en *Revista Contraeditorial* el 25 de abril de 2025.

El cártel Jalisco Nueva Generación fue creado en 2007 y es una organización criminal mexicana dedicada fundamentalmente al narcotráfico y al tráfico de armas. Es considerado como uno de los grupos delictivos más peligrosos de México.

Jalisco es el estado con más desapariciones forzadas en México: más de 15.000 casos entre 2018 y 2024.

Fábrica de asesinos

En Rancho Izaguirre funcionaba un centro operado por el cártel denominado “La Escuelita”, porque allí se “entrenaba” a los próximos sicarios, muchos de ellos reclutados con falsas promesas laborales. Enseñaban sobre manejo de armas, técnicas de combate y fabricación de explosivos, pero también a desmembrar y desaparecer personas. Todo en condiciones inhumanas.

Varios testigos afirman que los reclutas eran forzados a pelear entre sí, a soportar castigos extremos y, en la prueba final, a consumir carne humana. Quien no pasaba las pruebas era ejecutado e incinerado.

Todos los días nos pegaban por cualquier cosa, así nos mantenían con miedo. Desde que llegamos lo primero que te hacen, luego de que te desnudan, es agarrarte a tablazos. [...] Ahí no hay “no puedo, no quiero”. ¡Nada! Si te mandan por un papel de baño o te piden torturar a tu compañero, lo tienes que hacer. No hay más oportunidades.

Una maquinaria brutal y perfecta de deshumanización. Quitar de esas personas todo rasgo de humanidad y empatía para que puedan ejecutar cualquier tipo de crimen.

Otro dato aterrador es que el Rancho Izaguirre era también un crematorio clandestino, donde desaparecían los cuerpos de quienes no atravesaban el horror.

Campos de concentración

Los campos de concentración fueron lugares de tortura y de terror implementados durante el régimen nazi entre 1933 y 1945. Los campos de exterminio se crearon con la única finalidad de llevar a cabo de la manera más eficaz posible el asesinato masivo de seres humanos. Estos campos representaron la industrialización de la muerte.

Nikolaus Wachsmann (2017), en su libro *KL. Historia de los campos de concentración nazi*, describe cómo los campos combinaron la explotación industrial del trabajo esclavo con el exterminio de 2.000.000 de seres humanos. Su investigación es un descenso a los infiernos, donde el horror, la crueldad y la muerte constituyen la “técnica” de la lógica del campo.

Auschwitz fue uno de los más grandes campos de exterminio nazis. Un lugar donde murieron más de un millón de personas, torturadas y asesinadas. Era un campo de concentración, un centro de exterminio y un complejo de campos de esclavos.

Centros clandestinos de detención en Argentina

Nuestro país tuvo sus propios “campos” durante la última dictadura cívico-militar (1976-1983). La Escuela de Mecánica de la Armada (ESMA) fue el más emblemático, allí se mantuvo en cautiverio a alrededor de cinco mil personas secuestradas por las Fuerzas Armadas, lo que lo convirtió en el mayor centro clandestino de detención y desaparición de personas de nuestro país.

En el año 2023 fue declarado por la Unesco Patrimonio Mundial de la Humanidad: lo consideró un “lugar con un valor universal excepcional” y “un símbolo del terrorismo de Estado”.

A diferencia del campo de concentración encontrado en México, en nuestro país los cuerpos no solían ser quemados, se los arrojaba al Río de la Plata en los llamados vuelos de la muerte. En Auschwitz se usaron 52 hornos en 5 crematorios.

Los criminales creen que sin cuerpo no hay delito, por eso su desesperación por desaparecerlos y su creatividad para ello. Además, la figura del “desaparecido” fue parte de un plan sistemático destinado a aterrorizar a toda la población civil. “No están ni vivos ni muertos, están desaparecidos”².

Estado de excepción

La particularidad del campo de concentración, aquello que lo distingue de otros dispositivos de encierro, es que allí solo prima la arbitrariedad del “soberano” frente a una ausencia total de una legalidad establecida. Giorgio Agamben (2004) define esta operación como la suspensión del orden jurídico, donde las vidas pueden ser destruidas sin que ello implique un delito.

En el campo, la ausencia de ley es la norma, cualquiera puede morir en cualquier momento sin ningún tipo de justificación. En palabras de Fernando Ulloa (1995), la víctima depende por completo, para dejar de sufrir o para sobrevivir, de su victimario. La encerrona trágica de dos lugares fijos, sin tercero de apelación. El paradigma del desamparo cruel.

Sin duda, cabe la pregunta sobre la pérdida de todo tipo de humanidad en estos lugares; la experiencia de Auschwitz lo pone de relieve con aquellos prisioneros que perdían la función simbólica.

² La frase fue pronunciada por el entonces presidente de facto Jorge Rafael Videla en una conferencia de prensa en 1979.

Bruno Bettelheim (1981), sobreviviente de los campos Dachau y Buchenwald, planteó que “si se quiere sobrevivir como humano, envilecido, tal vez degradado pero humano al fin, es preciso tomar conciencia del punto de no retorno individual, más allá del cual no se debía ceder frente al opresor”.

Lo innovador y llamativo del lugar encontrado en México es que no es un Estado el que secuestra, tortura y desaparece, sino bandas criminales dedicadas al narcotráfico. Incorporaron el modelo del campo de concentración para crear asesinos implacables. Deshumanizar para crear máquinas de matar, y el que no se adapta totalmente es torturado y quemado en los hornos.

El campo de concentración como un dispositivo de adiestramiento del crimen organizado es una herramienta nueva, no vista antes. Un despiadado dispositivo de terror que reduce lo humano a la servidumbre, a la obediencia absoluta. Una violencia organizada para hacer sufrir a otros sin conmovirse y sin ningún tipo de piedad.

Primo Levi (2005), sobreviviente de Auschwitz, dijo que la crueldad no es innata, sino aprendida; tal vez tenía la esperanza de que se pudiera desaprender. Pero seguramente nunca imaginó que todo ese horror del campo de concentración iba a ser usado para crear despiadados asesinos del crimen organizado.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2004). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo.
 Bettelheim, B. (1981). *El corazón bien informado*. Fondo de Cultura Económica.
 Feinmann, J. P. (2013). *La sombra de Heidegger*. Planeta.
 Levi, P. (2005). *Si esto es un hombre*. Muchnik.
 Littell, J. (2007). *Las benévolas*. RBA.

- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Paidós.
- UNESCO (2023). *Sitio de Memoria ESMA – Museo Sitio de Memoria*. Declaración como Patrimonio Mundial de la Humanidad.
- Wachsmann, N. (2017). *KL. Historia de los campos de concentración nazi*. Crítica.

El usuario de sustancias es un sujeto de derechos¹

Es feo ser digno de castigo, pero poco glorioso castigar.

Michel Foucault (2002)

Si bien los primeros antecedentes sobre la regulación para el control de las drogas y medicamentos en nuestro país se remontan a mediados del siglo XIX, es en 1905 cuando se sanciona la primera Ley Nacional de Drogas², que regulaba la importación de algunas drogas, como el opio y la cocaína. Las infracciones a la norma se castigaban solo con multas económicas. El Departamento Nacional de Higiene era el organismo público que se ocupaba de su implementación. Como señalan Corda, Galante y Rossi, durante la década del 20 se inicia un entramado de poder conformado por la policía, la prensa y la medicina para la persecución de los usuarios, entramado que continúa vigente hasta nuestra actualidad. Este movimiento logró que en 1924 se sancionara la primera ley penal que alcanzaba a las conductas vinculadas a estas sustancias. La Ley 11.309 incorporó al Código Penal los términos “narcóticos” y “alcaloides”, y estableció como delito la introducción clandestina al país de esas sustancias: las penas iban de 6 meses a 2 años de prisión. Se reprimía la “venta o entrega o suministro hecho por persona no autorizada para la venta de sustancias medicinales”³.

El impulso de políticas públicas represivas continuó en 1926, al castigarse la tenencia sin discriminar entre usuarios

¹ Publicado en Trubba, Nicolás (comp.). *Consumos problemáticos*. Letra Viva.

² Ley Nacional N.º 4.687 sobre el Ejercicio de la Farmacia y su Reglamentación.

³ Corda, A.; Galante, A. y Rossi, D. (2014b).

y vendedores, lo cual inauguró la interpretación judicial y la persecución a los usuarios de drogas. Las políticas de Estado continuaron con una perspectiva prohibicionista y abstencionista. Esta posición se consolidó con el impulso internacional: en 1961 la Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁴ creó la Convención Única sobre Estupefacientes, que establecía medidas y políticas que los países debían seguir para ajustarse a la política internacional de drogas. De esta manera, se internacionalizó la criminalización del usuario de drogas.

Así, se expande y consolida el paradigma abstencionista y prohibicionista en todo el mundo. Estados Unidos impone de forma internacional su política prohibicionista y represiva del control de drogas. En nuestro país, bajo el lema de “seguridad nacional” instaurado por el ministro de Bienestar Social José López Rega, se penaliza la mera tenencia de las drogas llamadas ilegales⁵. Dichos antecedentes, junto a la Ley de Estupefacientes N.º 23.737 de 1989 (que, con algunas modificaciones, continúa vigente), nos permiten entender no solo la legislación actual sino también el estado de situación sobre los dispositivos de abordaje a personas con consumo problemático de drogas. Sabemos que las políticas públicas impactan en las subjetividades, en el padecimiento de una época, como así también en los abordajes psicoterapéuticos. Podemos afirmar que, con respecto a los usuarios de sustancias “ilegales”, hay una larga historia de vulneración de derechos.

La actual Ley Penal de Estupefacientes castiga con prisión de un mes a dos años y multa la tenencia de drogas para uso personal. Contempla “medidas de seguridad curativas” para quienes dependan física o psíquicamente de sustancias,

4 En 1971 Naciones Unidas elabora el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas y en 1988 la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas. Dos tratados que conforman el marco legal internacional del régimen de control mundial de las drogas.

5 Ley de Estupefacientes N.º 20.771, sancionada en 1974.

y deja en suspenso la pena hasta la evaluación de los resultados del tratamiento:

Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años de tratamiento, no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última⁶.

Se inicia así el auge de los tratamientos compulsivos y de las comunidades terapéuticas, lo que da lugar a una tercerización de la salud sin control del Estado. A lo largo de los años, han sido numerosas las denuncias de violaciones a los derechos humanos en comunidades terapéuticas e instituciones de salud mental⁷. Además, sabemos que el tratamiento compulsivo no genera condiciones de posibilidad para iniciar un proceso psicoterapéutico.

En nuestro país el 70 % de los ingresos al sistema penal es por tenencia para consumo personal y ventas al menudeo⁸. Los recursos del Estado se destinan a la persecución del usuario. Juan Tokatlian, especialista en narcotráfico, señala que, en nuestro país, del 95 % del presupuesto destinado a la lucha antidroga, específicamente a la represión y al control de la oferta, solo un 5 % es derivado a políticas de educación y prevención⁹. Estas medidas producen índices de privación de la libertad en alza y pueblan las cárceles de consumidores y pequeños vendedores.

Alejandro Corda, especialista en políticas públicas sobre drogas, señala que la violación a la Ley de Drogas es el tercer delito que más personas lleva a la cárcel, detrás del “robo y/o tentativa de robo” y del homicidio doloso, y por encima

6 Ley Penal de Estupeficientes N.º 23.737 vigente en la actualidad.

7 Cf. CELS-MDRI (2008).

8 Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupeficientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja.

9 Tokatlian, J. (2017).

de violaciones y hurtos¹⁰. Además, señala que “la población detenida en todo el país por delitos por infracción a la Ley de Estupefacientes se duplicó en la última década”¹¹. Por otro lado, la situación muestra que aun quienes cumplieron su pena o las “medidas curativas” no logran deshacerse del estigma producto de la judicialización, que impacta negativamente en su vida familiar y laboral.

De esta manera, las políticas prohibicionistas solo brindan una respuesta penal a un problema muy complejo. Se criminaliza al usuario de drogas consideradas ilegales y se ocultan las problemáticas sociales vinculadas al consumo. Como señalan Alicia Stolkiner y Andrea Vázquez:

políticas neoliberales sumadas a políticas represivas en materia de drogas, signadas por el prohibicionismo y la punición, produjeron un discurso hegemónico caracterizado por la estigmatización y la criminalización de personas drogodependientes de sectores vulnerables¹².

Además, dicho paradigma, a nivel internacional, fracasó en la erradicación de los cultivos en los países productores y en la disminución del tráfico y el consumo de drogas. Tampoco logró controlar el flujo financiero producto del negocio de la droga. Por todo ello, la estrategia de penalizar el consumo hace tiempo que demostró ser costosa e ineficaz.

En el ámbito de la salud mental, el prohibicionismo y el abstencionismo han generado estereotipos y estigmas sociales de los usuarios de drogas ilegales que impactan negativamente en los modos de abordaje y limitan la accesibilidad al sistema de salud, lo cual vulnera derechos. La respuesta del modelo médico hegemónico¹³, abordaje en salud propio

¹⁰ Corda, A. (2016).

¹¹ *Ibid.*

¹² Stolkiner, A. y Vázquez, A. (2010).

¹³ El modelo médico hegemónico está configurado por un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica.

del prohibicionismo, tiende a limitar la posibilidad de ver al sujeto más allá de su condición de paciente y de “enfermo”. Quienes padecen esta estigmatización pertenecen mayoritariamente a grupos en situación de pobreza y vulnerabilización, habituados a sufrir la violencia de las instituciones del Estado. Los medios masivos de comunicación juegan un rol clave, ya que transmiten un discurso que ataca a los jóvenes consumidores de drogas, y así ofrecen una visión de la realidad desvirtuada, que aumenta el desconocimiento y el estereotipo del joven pobre. Este discurso crea una falsa realidad, ya que patologiza la adolescencia y la juventud. Además, contribuye a la exclusión y a la instalación de la representación social del adicto como “peligroso”.

No es casual que en el Mapa de la Discriminación en la Argentina (elaborado por el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo) pueda leerse que más del 42 % de la población encuestada estuvo de acuerdo con la afirmación: “La mayoría de los/las drogadictos/as son delincuentes”.

Como señalamos anteriormente, la distancia cultural y social de muchos usuarios de drogas ilegales abre la puerta a una moralización de la asistencia terapéutica. Una visión moralista de los profesionales de la salud mental genera una serie de condiciones adversas que conducen a la exclusión del sistema de salud de las personas con consumos problemáticos. El abordaje moral suele tener, como primer objetivo, la abstinencia del consumo y, en segundo lugar, la intención de influir en la vida del paciente.

Nunca debemos perder de vista que los profesionales de la salud mental no somos convocados para juzgar conductas o comportamientos. En sentido freudiano, es fundamental despejar la dimensión narcisista. Es decir que los ideales y

Establece un modo único de entender la “enfermedad”. Algunos de sus rasgos estructurales son: biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, eficacia pragmática, asimetría, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del paciente, legitimación jurídica, entre otros. Véase: Menéndez, E. (1988).

valores de los profesionales deben mantenerse al margen de sus intervenciones y la atención debe estar centrada en el sujeto y no en la sustancia. Los estigmas y estereotipos sociales deben quedar fuera de los consultorios. Nuestro horizonte ético es el resguardo de la subjetividad de nuestro paciente, no el acatamiento automático del campo normativo o de la moral de la época. Como señala Gabriela Salomone:

Campo normativo y dimensión clínica dan cuenta de diferentes aspectos de la responsabilidad profesional. Mientras el campo normativo se fundamenta en el sujeto del derecho, la dimensión clínica nos ubica frente al sujeto del sufrimiento psíquico, y la responsabilidad profesional nos compele a decisiones que tengan en cuenta ambas dimensiones¹⁴.

Para poder hacer un pasaje del usuario como “delincuente enfermo” al usuario como sujeto de derecho, es necesaria una reforma que introduzca los derechos humanos como una perspectiva que reemplace los enfoques centrados en la enfermedad, el abstencionismo y la peligrosidad. Una perspectiva de derechos implica no criminalizar el consumo y entender la salud mental como un concepto dinámico determinado por componentes sociales, económicos, culturales y psicológicos. Implica también el derecho a la privacidad, a la autodeterminación, a la libertad y a la justicia, respetando la decisión de los usuarios con respecto a su tratamiento.

El reconocimiento del usuario de sustancias como sujeto de derecho abre la puerta a la articulación intersectorial y a políticas de salud de reducción de riesgos y daños. Dicho abordaje aminora los efectos nocivos en la salud en la familia y en la comunidad.

¹⁴ Salomone, G. (2006). Responsabilidad profesional: las perspectivas deontológica, jurídica y clínica.

Como señala la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N.º 26.657, en franca contradicción con la Ley de Estupefacientes, toda persona con consumos problemáticos tiene derecho a recibir un tratamiento con la alternativa que menos restrinja sus derechos y libertades; de esta manera promueve la integración familiar, laboral y comunitaria.

Una respuesta integral al consumo problemático de drogas ilegales implica una articulación entre las distintas instancias del Estado y la comunidad para garantizar el derecho a la salud a través de la participación multisectorial, intergubernamental e interdisciplinaria. Fundamentalmente, son necesarias medidas a largo plazo que tengan en cuenta las dimensiones económicas, jurídicas, sanitarias y de seguridad enmarcadas en el respeto y la reparación de los derechos humanos.

Referencias bibliográficas

- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y MDRI (Mental Disability Rights International) (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo XXI Editores.
- Corda, A.; Galante, A. y Rossi, D. (2014a). *Personas que usan drogas y sistema penal*. Intercambios Asociación Civil.
- Corda, A.; Galante, A. y Rossi, D. (2014b). *Personas que usan estupefacientes en Argentina. Una matriz "prohibicionista abstencionista"*. Disponible en <http://cosecharoja.org/wp-content/uploads/2014/06/argentina-usuarios.pdf>.
- Corda, A. (2016). *La estrategia fallida. Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en la Argentina*. Intercambios Asociación Civil: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010). Buenos Aires, Argentina.

- Ley de Estupefacientes N.º 23.737 (1989). Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Facultad de Psicología (UBA).
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Guía de políticas de reducción de daños*. OMS.
- Salomone, G. (2006). *Responsabilidad profesional: las perspectivas deontológica, jurídica y clínica*. Facultad de Psicología, UBA.
- Salomone, G. (2011). *Responsabilidad profesional y clínica psicoanalítica*. Letra Viva.
- Stolkiner, A. y Vázquez, A. (2010). Estigmatización y exclusión en salud. Transformaciones en los marcos de interpretación penal de la figura de tenencia de drogas para consumo personal y su relación con la accesibilidad a servicios de salud. *Anuario de Investigaciones*, vol. 17, ene./dic.
- Stolkiner, A. y Vázquez, A. (2013). *Salud mental, políticas públicas y derechos humanos*. Teseo.
- Tokatlian, J. (2016). *Qué hacer con las drogas*. Siglo XXI.
- Tokatlian, J. (30 de abril de 2017). Regular antes que prohibir. *Diario La Nación*.
- UNODC (2023). *World Drug Report*. Naciones Unidas.

Apartado III. Efectos sociales y subjetivos de la violencia institucional

Violencia institucional

En memoria de Sebastián Bordón

Cuando te matan un hijo podés dedicarte a tener otros hijos, al alcoholismo, a la religiosidad, o la espiritualidad; nosotras elegimos el camino de la lucha para que estas cosas no las sufra más ningún joven, ni hombres, ni mujeres, ni travestis, ni trans en nuestro país.

Mirian Medina¹

La violencia institucional como deuda democrática y categoría política

La transición a la democracia en Argentina implicó no solo el juzgamiento de los crímenes de lesa humanidad cometidos durante el terrorismo de Estado, sino también la ardua tarea de confrontar las violaciones a los derechos humanos que persistían —y persisten— en el seno del Estado democrático. La violencia institucional emerge, así, como una de las deudas más profundas y estructurales de la democracia argentina. Lejos de constituir una práctica aislada o residual, se configura como un fenómeno sistémico que refleja y amplifica las desigualdades y exclusiones estructurales de la sociedad.

Si el movimiento de derechos humanos encontró su origen en la resistencia a la dictadura, fue ese mismo entramado organizacional el que, con una potencia ética y política admirables, amplió su agenda para interpelar al Estado

¹ Mamá de Sebastián Bordón, asesinado por la policía de Mendoza durante su viaje de egresados.

democrático por las violencias ejercidas en el presente. Este artículo se propone analizar la evolución del concepto de violencia institucional, visibilizar sus manifestaciones en distintos ámbitos —con especial foco en el sistema de salud— y desentrañar los profundos efectos sociales y subjetivos que produce, argumentando que su erradicación constituye un termómetro indispensable de la calidad de nuestra democracia.

De la denuncia social a la categoría jurídico-política

El concepto de violencia institucional no es estático; por el contrario, ha ido expandiéndose y complejizándose gracias a la lucha sostenida de víctimas, familiares y organismos de derechos humanos. Se pueden identificar cuatro momentos clave en su desarrollo conceptual y práctico.

1. Los orígenes: el “gatillo fácil” (décadas del 80 y 90)

Los primeros años de democracia estuvieron marcados por la denuncia de la violencia policial extrema, el “gatillo fácil” y las detenciones arbitrarias. Casos emblemáticos, como la masacre de Budge (1987), donde tres jóvenes fueron ejecutados por la policía bonaerense, catalizaron la organización comunal y la lucha por la memoria. Esta movilización vecinal, inédita en su dimensión, logró que el Congreso de la Nación instituyera el 8 de mayo como el Día Nacional de Lucha contra la Violencia Institucional.

En septiembre de 1997, Sebastián Bordón viajó a la provincia de Mendoza con sus compañeros de la Escuela Media 13 de Moreno para su viaje de egresados. Se sintió mal, lo llevaron al médico y el profesional indicó que había que avisarles a sus padres, pero las profesoras a cargo no lo hicieron. En cambio, lo dejaron en un destacamento policial, de donde luego dijeron que “se había escapado”. Su cuerpo apareció en el Cañón del Atuel el 12 de octubre, día en que

hubiera cumplido 19 años. “Era hincha de Racing, escuchaba a Gilda y a Sombras, tenía mucho humor, ayudaba en las tareas domésticas, quería formar una familia con su novia y seguir estudiando”, recuerda su madre, Mirian Medina.

El comisario Trentini fue condenado a 15 años de prisión en 2000, porque la Justicia determinó que él tenía la mayor responsabilidad. El día que terminó el juicio por Sebastián, fue detenido por delitos de lesa humanidad, condenado a prisión perpetua junto con doce policías y militares en la denominada megacausa de San Rafael. El resto de los policías involucrados ya se encuentra en libertad, con condenas que oscilaron entre diez y doce años.

2. La responsabilidad del Estado: el inframundo carcelario (fines de los 90)

La mirada se amplió para señalar la responsabilidad estatal por acción u omisión. Los organismos comenzaron a documentar sistemáticamente la tortura, las condiciones inhumanas de encierro y las muertes en comisarías y unidades penitenciarias, exigiendo que el Estado fuera responsable no solo por lo que sus agentes hacían, sino también por lo que permitían que sucediera al interior de sus instituciones.

Recién en 2015, un tribunal federal condenó a agentes del Servicio Penitenciario Federal por torturas contra Brian Núñez, golpeado salvajemente en Marcos Paz. Las agresiones comenzaron cuando Núñez y otros detenidos solicitaron a los penitenciarios ver el partido de fútbol entre Argentina y Uruguay por la Copa América de ese año, lo que evidencia la arbitrariedad y crueldad de las prácticas carcelarias.

3. La medicalización del castigo: abusos en el sistema de salud (década del 2000)

Un salto cualitativo fue la incorporación de los abusos médicos como una forma específica de violencia institucional.

El informe *Vidas arrasadas* (CELS-MDRI, 2008) expuso el horror de los hospitales psiquiátricos monovalentes, donde se documentaron prácticas de arrasamiento subjetivo, sujeción mecánica y química indiscriminada y negligencia grave. Paralelamente, el movimiento de mujeres logró conceptualizar la violencia obstétrica como la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud.

Semanas antes de sancionarse la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (26.657), moría en el Hospital General de Agudos J. M. Penna Matías Carbonell. Los médicos que lo recibieron denunciaron que su cuerpo presentaba lesiones físicas compatibles con el pasaje de corriente eléctrica, entre otras torturas graves que le causaron la muerte. Carbonell había atravesado numerosas internaciones desde 2009 en el Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda, en el tristemente célebre servicio 14-22, conocido por su función de castigo y sobre el que pesaba una medida cautelar de cierre por las peligrosas y humillantes condiciones en las que se encontraban las personas internadas.

4. Formas complejas y encubiertas (siglo XXI)

El concepto de violencia institucional siguió ampliándose para dar cuenta de modalidades más sofisticadas:

- *Tercerización de la violencia*: delegación por parte de agentes penitenciarios de la violencia sobre internos a grupos o “bandas” dentro de las cárceles.
- *Complicidad policial*: planificación y permiso tácito para que grupos parapoliciales o patotas ejerzan violencia, como se evidenció en el juicio por el asesinato del militante Mariano Ferreyra (2010). Mariano luchaba junto a trabajadores tercerizados del ferrocarril contra la precarización laboral y por el pase a planta

permanente. La patota de la Unión Ferroviaria atacó a los manifestantes, quienes fueron agredidos a balazos mientras se desconcentraban. La actuación policial no protegió a los manifestantes y, en su momento, se intentó encubrir el caso y desviar la responsabilidad de la dirección sindical, lo cual evidencia una falla del Estado en garantizar seguridad y derecho a la protesta. La fiscal Caamaño enmarcó este hecho como un caso de violencia institucional.

- *Violencia simbólica y discriminación estructural*: prácticas naturalizadas de maltrato, “verdugueo” y discriminación en escuelas, hospitales y otros organismos públicos, basadas en prejuicios de clase, género, etnia o nacionalidad.

Siguiendo a Marcela Perelman y Manuel Tuffro, esta evolución demuestra que la violencia institucional es una categoría política en permanente construcción, capaz de nombrar y unificar bajo un mismo marco de análisis experiencias de sufrimiento que antes parecían aisladas o inevitables.

Selectividad, estigmatización y naturalización

La violencia institucional opera con una lógica de selectividad que la convierte en un mecanismo de control social sobre cuerpos y territorios marginalizados. No es aleatoria: sus víctimas principales son varones jóvenes, pobres, habitantes de barrios periféricos, a los que se suman personas en situación de calle, vendedores ambulantes y migrantes.

Como señala Esteban Rodríguez Alzueta, el llamado “olfato policial” es en realidad un “olfato vecinal”. Los prejuicios que asocian juventud, pobreza, vestimenta deportiva y piel oscura con peligrosidad están profundamente arraigados en el sentido común social, y la policía actúa como

brazo ejecutor de un mandato implícito de limpieza, control y contención de sectores indeseables.

Estos estereotipos se reproducen y amplifican en diversos ámbitos:

- Medios de comunicación: estigmatizan a jóvenes de barrios populares y, a veces, justifican el accionar violento de las fuerzas de seguridad o la “justicia por mano propia”.
- Sistema educativo: niñas, niños y adolescentes pobres, migrantes o trans son discriminados y sometidos a trato diferencial que naturaliza su exclusión.
- Sistema de salud: el prejuicio de clase determina la calidad de la atención que recibe una persona.

La “guerra contra el narcotráfico” ejemplifica cómo un discurso de mano dura traduce la marginalidad en prisionización masiva de jóvenes pobres por tenencia de mínimas cantidades de droga, y muestra que el sistema penal funciona como un dispositivo de gestión de la marginalidad.

El sistema de salud como espejo y amplificador de la violencia estatal

Lejos de ser un refugio neutral, el sistema de salud se convierte en un espacio donde la violencia institucional se ejerce, se naturaliza y se medicaliza. Sus manifestaciones son múltiples:

- *Criminalización de la pobreza y la salud mental*: conflictos sociales o crisis subjetivas se transforman en problemas de seguridad. La falta de despliegue territorial de equipos de salud mental hace que la policía sea, a veces, la única respuesta estatal, con desenlaces trágicos como el de Chano Charpentier².

- *Judicialización de la salud*: profesionales transformados en agentes de control social, desde la denuncia de mujeres que sufrían abortos espontáneos (antes de la legalización) hasta la separación automática de madres con consumo problemático de sus hijxs.
- *Abandono y tortura en instituciones psiquiátricas*: el aislamiento extremo, la prohibición de visitas y la falta de comunicación durante la pandemia agravaron el padecimiento de los usuarios. La muerte de un interno del Hospital Borda atacado por perros dentro del predio simboliza la desidia estatal y el abandono como política.

La necesidad de un paradigma de derechos

Un estudio del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2017), que entrevistó a 138 profesionales de guardias hospitalarias públicas, ofrece una radiografía alarmante del rol del sistema de salud frente a víctimas de violencia institucional:

- *Reconocimiento sin identificación*: aunque el 50 % de los profesionales identificó situaciones de violencia institucional, solo el 34 % reconoció a la persona como víctima; el resto la interpretó como “delincuente que recibió su merecido”.
- *Revictimización activa*: las intervenciones se limitaron a curar heridas físicas; se documentaron prácticas vejatorias, como hacer esperar más a pacientes custodiados por la policía o suturar heridas sin anestesia como castigo implícito.
- *Omisión y fracaso en la garantía de derechos*: ningún profesional realizó denuncias ni informó a las familias, no

² Santiago “Chano” Moreno Charpentier recibió un disparo en el abdomen por parte de un policía a quien intentó apuñalar con un cuchillo, durante una descompensación vinculada a consumos problemáticos.

evaluó riesgos posteriores ni derivó a salud mental; la justificación frecuente fue la presunción de “palabra de los policías contra la policía”.

Estos resultados evidencian una falla estructural: los profesionales, muchas veces por desconocimiento, prejuicio o falta de formación en perspectiva de derechos, se convierten en eslabones que reproducen, legitiman y agravan la violencia. La guardia hospitalaria, que debería ser un espacio de alojamiento y cuidado en salud, se transforma en un ámbito de revictimización.

Frente a esto, se requiere una respuesta diferencial y activa, que incluya:

1. Protección inmediata: evaluar riesgos físicos y psíquicos.
2. Acceso a la justicia: conocer y usar canales de denuncia específicos.
3. Acompañamiento social: derivación a organismos que asistan en la restitución de derechos vulnerados.
4. Abordaje del trauma: garantizar derivación a servicios de salud mental especializados.

La violencia institucional no solo produce daño individual y familiar profundo, un quiebre biográfico que marca un antes y un después en la vida de las víctimas. Su efecto más corrosivo reside en el impacto sobre el lazo social y comunitario. Genera desconfianza en el Estado, legitima la lógica del “ellos vs. nosotros” y naturaliza la idea de que para ciertos sectores la violencia es un destino inevitable.

El trauma provocado por el Estado, que debería ser garante de derechos, requiere para su elaboración no solo trabajo clínico individual, sino también reconocimiento y elaboración colectiva. Los juicios por violencia institucional, la implementación efectiva de leyes como la Ley Nacional de Salud Mental y la capacitación obligatoria en derechos

humanos para todos los agentes estatales son pasos indispensables en ese camino.

El movimiento de derechos humanos amplió su agenda para incluir estas violencias, dado que entiende que la consigna de Memoria, Verdad y Justicia no se limita al pasado, sino también a las víctimas en democracia. El desafío sigue siendo transformar las estructuras institucionales desde adentro, para que dejen de ser instrumentos de control y violencia sobre los cuerpos vulnerables y se conviertan en herramientas genuinas de inclusión, dignidad y cuidado. La erradicación de la violencia institucional no es una meta utópica: es la medida misma de la democracia que queremos construir.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2005). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Butler, J. (2004). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós.
- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y MDRI (Mental Disability Rights International) (2008). *Vidas arrasadas: violencia institucional en hospitales psiquiátricos monovalentes*. Siglo XXI Editores.
- CELS (2017). *Violencia institucional y sistema de salud: estudio con profesionales de guardias hospitalarias*. CELS.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Mbembe, A. (2017). *Crítica de la razón negra*. Akal.
- Perelman, M. y Tuffro, M. (2015). *Violencia institucional y derechos humanos en Argentina contemporánea*. Prometeo.
- Rodríguez Alzueta, E. (2012). *Olfato policial y violencia institucional: un estudio de la selectividad*. Universidad Nacional de Tres de Febrero.

Violencia institucional, neutralidad y salud pública¹

Lo que distingue a un Estado despótico de uno legítimo no es, por lo tanto, la presencia y ausencia de miedo, sino la incertidumbre o la certidumbre de su objeto y de sus límites.

Roberto Esposito (2011)

Violencia institucional

Una de las deudas persistentes de la democracia argentina es el abordaje integral de la violencia institucional. Tradicionalmente, se entiende por violencia institucional toda forma de violencia física, sexual, psíquica o simbólica ejercida por agentes y funcionarios del Estado en el cumplimiento de sus funciones. La Secretaría de Derechos Humanos de la Nación la ubica en un espectro que va desde las detenciones arbitrarias —como la “averiguación de antecedentes”— hasta las formas extremas: el “gatillo fácil”, la tortura física y psicológica y las muertes bajo custodia estatal.

Si bien puede afectar a personas de distintos sectores sociales, la evidencia disponible muestra que ciertos contextos aumentan su probabilidad: protestas sociales, ámbitos de encierro penal o psiquiátrico y territorios atravesados por políticas de “seguridad” que operan como dispositivos de restricción y selectividad de derechos. En Argentina, los espacios estatales de monitoreo, prevención y acompaña-

¹ Publicado en el Zigma.com el 14 de julio de 2021. Versión ampliada y revisada.

miento de estas situaciones han sido históricamente escasos y, en los últimos años, fuertemente debilitados.

Los cambios implementados a partir de 2015 —particularmente en el Ministerio de Seguridad de la Nación— no solo resignificaron la noción misma de violencia institucional, sino que habilitaron una retórica punitivista dirigida principalmente a los sectores más pobres. La reconfiguración del accionar de las fuerzas frente a la protesta social, junto con las nuevas normativas habilitantes del uso letal de la fuerza, produjo un impacto regresivo en materia de derechos humanos. Aunque no existen datos oficiales sistemáticos, los organismos especializados coinciden en que crecieron los episodios de violencia institucional y la población carcelaria, en gran parte como resultado de políticas asociadas a la llamada “lucha contra el narcotráfico”.

Todo esto repercutió en el sistema público de salud, especialmente en las guardias, donde aumentó la cantidad de personas detenidas que deben ser asistidas por equipos médicos. Ese primer contacto profesional con la víctima ocurre, en la enorme mayoría de los casos, sin protocolos de actuación específicos y en condiciones de notable vulnerabilidad.

Investigación

Una investigación del Equipo de Salud Mental del CELS en diez hospitales públicos ofrece datos elocuentes:

- El 50 % de los profesionales entrevistados declaró haber detectado situaciones de violencia institucional al atender pacientes.
- Sin embargo, el 66 % no identificó a esas personas como víctimas.
- El abordaje se limitó casi exclusivamente a la dimensión sanitaria inmediata, sin activar dispositivos de denuncia ni derivación adecuados.

- Ningún profesional reportó haber radicado denuncias judiciales o presentado intervenciones en fiscalías o juzgados.

El informe añade que la mayoría de los profesionales no indaga más allá de lo que el paciente relata espontáneamente, y que los registros clínicos se reducen a descripciones “objetivas” y literales de las lesiones, sin mencionar su posible origen institucional.

Víctor Manuel Rodríguez González documentó incluso prácticas de “castigo” durante la atención de personas acusadas de delitos: esperas prolongadas, administración reducida de analgésicos o realización descuidada de procedimientos.

Ante esta evidencia, el CELS señala que la violencia institucional genera efectos traumáticos y riesgos específicos que requieren respuestas diferenciadas por parte del sistema de salud: protección física y psíquica de la víctima, orientación para el acceso a la justicia y articulación con otros dispositivos asistenciales.

La moralización de la asistencia profesional

Los hallazgos permiten identificar un problema estructural: además de la falta de protocolos y de formación específica, emerge lo que podemos llamar una *moralización de la asistencia profesional*.

¿Qué entendemos por “moralización de la asistencia”?

Se trata de un conjunto de actitudes, valoraciones y prejuicios que operan, de manera más o menos consciente, en los equipos de salud y que condicionan el modo en que se atiende a determinadas personas. No es solo un problema ético individual: es un fenómeno producido por la

intersección entre desigualdad social, discursos punitivistas y marcas culturales históricas.

La moralización supone que el profesional interpreta el motivo de consulta y la subjetividad del paciente desde un lente que clasifica, distingue y jerarquiza. Se atiende “al cuerpo” pero no al sujeto; se registra la herida pero se omite el contexto; se neutraliza el padecimiento si la persona está esposada o “viene con custodia”.

Esta lógica produce tres efectos:

1. **Desresponsabilización profesional:** el paciente “se lo buscó”.
2. **Desubjetivación:** no se reconoce a la persona como víctima potencial.
3. **Revictimización:** el dispositivo de salud reproduce la violencia estatal que debería reparar.

La mayoría de las víctimas de violencia institucional pertenece a sectores vulnerabilizados, particularmente jóvenes de barrios populares. Sobre ellos recaen estigmas reforzados por una criminología mediática que, como explica Zaffaroni (2011), construye chivos expiatorios globales: turcos en Alemania, afroamericanos y latinos en Estados Unidos, musulmanes en Francia, jóvenes pobres y morochos en el Cono Sur.

Esa matriz produce un sentido común donde “juventud + pobreza + policía” forma una ecuación naturalizada. Se alimentan discursos que asocian juventud, drogas y delincuencia, y el resultado es previsible: mayor persecución, mayor exposición a detenciones arbitrarias y mayor probabilidad de sufrir violencia estatal.

Neutralidad y distancia social en la práctica profesional

Para pensar cómo desmontar esta moralización, es útil recuperar un concepto freudiano clave: la *neutralidad*. Mucho se escribió sobre ella, pero su aplicación concreta suele generar tensiones, especialmente en contextos donde intervienen fuerzas de seguridad.

Freud (1912) planteó que la neutralidad implica no remodelar al paciente según ideales personales o morales de la época. Es, en esencia, un ejercicio de colocarse por fuera del narcisismo moral del profesional. En el campo de la salud —y más aún en el de la salud mental— esto significa intervenir sin proyectar estigmas de clase, sesgos de género o valoraciones morales.

El obstáculo principal para esa posición es la distancia cultural que muchos profesionales ejercen respecto de las personas que llegan escoltadas por policías. Esa distancia activa prejuicios: antes de revisar signos vitales ya se ha asignado un lugar (“delincuente”). Esa operación simbólica condiciona toda la intervención posterior.

A esto se suma el impacto emocional del trauma. Una persona que llega al sistema de salud luego de sufrir maltratos, torturas o la muerte reciente de un familiar puede manifestar reacciones inmediatas: miedo intenso, desorganización psíquica, disociación. Sin una formación adecuada, esos signos pueden ser malinterpretados como hostilidad, simulación o resistencia.

Reparación y responsabilidad profesional

Como señala Daniel Rafecas (2015), en muchos casos la tortura contemporánea es psicológica: no deja marcas visibles, pero produce un daño profundo. Por eso, la ausencia de lesiones físicas no excluye la posibilidad de un delito grave.

Una premisa ética central es no poner en duda el testimonio de quien podría haber sido víctima de violencia estatal ni el de sus familiares. El sistema de salud no está para juzgar, sino para asistir, reparar y garantizar derechos.

Rodríguez Alzueta (2014) recuerda que “no hay olfato policial sin olfato social”. El riesgo es que ese olfato impregne las prácticas sanitarias y se naturalice una mirada punitiva en la atención. Ser víctima no es una identidad fija; es una circunstancia. Una misma persona puede ser victimaria en un hecho y víctima en otro. La tarea del sistema de salud es no perder esa complejidad.

La intervención profesional debe promover un proceso de reparación: escucha respetuosa, registro adecuado, orientación jurídica cuando corresponda y una posición clínica que no reproduzca la violencia que se intenta reparar.

Como advierte Marcelo Viñar, no existe un “tratamiento especial” para la tortura, pero sí una ética indispensable: sensibilidad, disposición para escuchar el horror y responsabilidad clínica y jurídica por las intervenciones realizadas. Los equipos de salud no pueden —ni deben— ser funcionales a la violencia estatal ni a los discursos que la legitiman. Contamos con herramientas éticas, clínicas y deontológicas para impedirlo.

Referencias bibliográficas

- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) (2016). *Violencia institucional en Argentina: aportes para su abordaje desde el sistema de salud*. CELS.
- CELS (2019). *La violencia estatal como problema de derechos humanos*. CELS.
- CELS (2022). *Personas privadas de libertad y salud mental*. CELS.
- Esposito, R. (2011). *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Amorrortu.

- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En *Obras completas* (vol. XII). Amorrortu.
- Rafecas, D. (2015). *La tortura y otras graves violaciones a los derechos humanos*. Didot.
- Rodríguez Alzueta, E. (2014). *Temor y control: la gestión de la inseguridad como forma de gobierno*. Futuro Anterior.
- Rodríguez González, V. M. (2018). *Salud, encierro y violencia institucional*. Ediciones del Puerto.
- Secretaría de Derechos Humanos de la Nación (2015). *Violencia institucional: definiciones y líneas de acción*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Viñar, M. (2013). *Trauma y memoria: clínica de lo extremo*. Trilce.
- Zaffaroni, E. R. (2011). *La cuestión criminal*. Planeta.

Políticas del mal¹

DESIRÉ CONTE, CECILIA CALLOWAY Y ADELQUI DEL DO

La incomprensión del presente nace fatalmente de la ignorancia del pasado, pero no es, quizá, menos vano esforzarse en comprender el pasado si no se sabe nada del presente.

Marc Bloch (2001)

Salud, vulnerabilidad y olvido estatal

¿Qué sucede hoy con la salud mental en Argentina? Para responder —y para denunciar— conviene comenzar por el sentido común dominante: salud mental = enfermedad. Esa equivalencia brutal naturaliza el sufrimiento psíquico como problema individual y olvida deliberadamente que la salud es ante todo una construcción colectiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La OMS añade que la salud requiere que estén cubiertas “todas las necesidades fundamentales”: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales —un entramado inseparable de las condiciones materiales de vida. Esta definición, universal y consensuada, implica que la salud no es un regalo, sino un derecho.

Ese horizonte ético —que debería ser pilar de cualquier Estado democrático— está siendo demolido hoy en Argentina.

¹ Publicado en la *Revista Salud Pública* el 21 de noviembre de 2025.

Con la llegada del gobierno de Javier Milei, y el empuje de su espacio político La Libertad Avanza, se inauguraron dos operaciones inéditas en nuestra historia democrática: por un lado, el despliegue sistemático del odio (discurso de odio institucional); por otro, la implementación de lo que podemos llamar “políticas de la crueldad”: decisiones concretas que degradan las condiciones de vida y atacan los derechos fundamentales.

Discurso de odio, crueldad estatal y desmantelamiento institucional

En el plano simbólico, el odiar se institucionaliza. El discurso de odio —esa retórica que deshumaniza, estigmatiza, señala al “otro” como amenaza— ya no es solo un fenómeno marginal: es política de Estado. Su propósito no es metafórico: es disciplinar, excluir, vulnerar.

Pero eso no es todo. En lo concreto, se activaron políticas que profundizan desigualdades, desmantelan redes de protección y dejan a vastos sectores a merced del abandono.

Entre las medidas más dramáticas, se encuentra el cierre de 21 organismos estatales de alcance nacional. Por ejemplo, el cierre del INADI —el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo—, responsable de recibir denuncias de discriminación, racismo, xenofobia, violencia institucional, y de servir como espacio de reclamo y protección.

Este desmantelamiento institucional no solo es simbólico: borra rutas de denuncia, vacía cauces de reparación, deja cuerpos vulnerables sin intermediación legal o social. Es la manifestación concreta de un Estado que ya no protege, sino que castiga; que ya no cuida, sino que expone.

Simultáneamente, los recortes alcanzan la salud, la ciencia, la educación, la cultura. Más del 75 % de la población rechaza estos recortes, especialmente cuando afectan

salud, educación y ciencia. El ajuste es brutal, sostenido y apunta a desarticular las bases materiales y simbólicas de la vida colectiva.

Crisis de salud mental: suicidios, sufrimiento social y ausencia estatal

Las consecuencias no se hacen esperar. Entre abril de 2023 y abril de 2025, en Argentina se notificaron 15.807 intentos de suicidio, según datos oficiales del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS). Esto representa un promedio de 22 episodios por día.

El suicidio no es una cuestión individual: expresa una crisis colectiva, un colapso del tejido social, una implosión de futuros.

En 2024, fueron 4.249 las personas que se quitaron la vida —el mayor registro histórico del país—, lo que convirtió al suicidio en la principal causa de muerte violenta en Argentina.

Especialmente impactante resulta que este fenómeno golpee con fuerza a jóvenes y adolescentes. Según un estudio de 2025, el suicidio fue la principal causa de muerte entre mujeres de 10 a 19 años. En jóvenes de 20 a 29 años, 2023 fue el año con el registro más alto desde 2017.

Estos datos no pueden interpretarse como tragedias individuales. No. Son señales de una destrucción planificada del bienestar colectivo: desescalada del cuidado estatal, desfinanciamiento, estigmatización, soledad social, desempleo, precariedad. Un colapso psíquico como síntoma de la barbarie organizada.

El exterminio silencioso de las ciencias humanas

Para que el sufrimiento colectivo no sea comprendido, debe ser invisibilizado. Para eso sirve, entre otras cosas, la destrucción de las ciencias humanas: filosofía, psicología, sociología, antropología, historia, comunicación, ciencias políticas.

Estas disciplinas —las que permiten pensar la subjetividad, la memoria, la comunidad— hoy son vistas como prescindibles. Su recorte no es “más austeridad”: es intento de borrar los marcos críticos que cuestionan la lógica del mercado, la desigualdad estructural, la violencia institucionalizada.

El cierre del INADI, el recorte en ciencia y tecnología, la eliminación de políticas públicas de acompañamiento social constituyen piezas de una lógica cuyo objetivo es deshumanizar: transformar a las personas en cifras, la vida en gasto.

Cuando se destruyen las herramientas para nombrar el sufrimiento, para conceptualizar la injusticia, se allana el camino para naturalizar la violencia como normalidad.

Trauma colectivo, desamparo institucional y corrupción del relato

Lo traumático deja huellas invisibles: miedo, angustia, desesperanza, autodestrucción. El modelo que hoy domina se alimenta de eso: de la precariedad, del desamparo, del aislamiento.

En un contexto de crisis sistémica —económica, social, sanitaria—, la salud mental no puede abordarse como problema individual. Es un problema estructural, una herida colectiva.

El reclamo individual —una terapia, un psicofármaco, un intento de suicidio atendido— es insuficiente si no va

acompañado por transformaciones sociales: restitución de derechos, reconstrucción de redes comunitarias, políticas de protección, justicia social.

Para quienes creemos en la dignidad de la vida humana, la tarea no puede ser otra que la organización colectiva. Conciencia, movilización, solidaridad. No alcanza con curar cuerpos: debemos reconstruir futuros.

Conclusión: la vida contra las políticas del mal

El proyecto actual no es un ajuste disfrazado ni una crisis pasajera. Es un proyecto de reorganización del poder sobre la base del odio, la crueldad, el abandono. Es un experimento social donde la vida humana se convierte en variable de ajuste.

Si aceptamos esa imposición, aceptamos la muerte colectiva. Pero aún hay posibilidad de rebelión: reconstruir las condiciones de vida, rescatar la dignidad del sufrimiento, rehumanizar los cuerpos. Ese es el desafío.

Gobernar no debe ser calcular ganancias, sino preservar vidas. Reivindicar el bienestar como posibilidad política.

Referencias bibliográficas

Bloch, M. (2001). *Apología para la historia o el oficio de historiador*. Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1949).

CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) (2023). *Derechos humanos en Argentina: informe anual*. CELS.

Esposito, R. (2006). *Categorías de lo impolítico*. Katz.

Esposito, R. (2011). *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Amorrortu.

Han, B.-C. (2017). *La sociedad del cansancio*. Herder.

Kreplak, N. y Comes, Y. (2024). *Manual de salud pública*. Siglo XXI Editores.

- Ministerio de Salud de la Nación (2025). *Intentos de suicidio y mortalidad por suicidio en Argentina. Datos del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS)*. Dirección Nacional de Epidemiología.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*. OMS.
- Rodríguez Alzueta, E. (2019). *La máquina de la inseguridad*. Futuro Anterior.
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento social. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3(11), 4-9.
- Viñar, M. (2013). *Trauma y memoria: clínica de lo extremo*. Trilce.
- Zaffaroni, E. R. (2011). *La cuestión criminal*. Planeta.

La pedagogía del horror¹

Crueldad y narcotráfico

Alguien que se sorprende permanentemente de que exista la depravación, que continúa sintiéndose desilusionado (e incluso incrédulo) cuando se enfrenta a la evidencia de lo que los humanos son capaces de infligir en forma de crueldades espantosas y directas sobre otros humanos, no ha alcanzado la adultez moral o psicológica.

Susan Sontag (2003)

Una de las preguntas más incómodas, y al mismo tiempo más necesarias, de nuestra época es la pregunta por la crueldad. No se trata de una cuestión moral abstracta ni de una anomalía excepcional: la crueldad es un fenómeno histórico, social y político. Nadie nace cruel. No es un impulso instintivo ni un resto primitivo de la animalidad humana. Por el contrario, la crueldad se aprende. Requiere tiempo, entrenamiento, repetición y dispositivos específicos que la produzcan, la sostengan y la perfeccionen.

La crueldad no emerge espontáneamente: es una técnica. Una técnica del poder. Michel Foucault mostró con claridad que el poder no solo reprime, sino que produce subjetividades. Actúa sobre los cuerpos, los gestos, los afectos, los modos de sentir y de percibir al otro. En ese sentido, la crueldad no es un exceso irracional ni un desborde pulsional: es una racionalidad específica, una forma de gobierno de los cuerpos y de las conductas. Allí donde la violencia se

¹ Publicado en feduba.org.ar el 6 de octubre de 2025. Versión ampliada y revisada.

vuelve sistemática, organizada y reiterada, deja de ser mero estallido y se convierte en pedagogía.

El narcotráfico contemporáneo, ese Leviatán oscuro, transnacional y mutante, ha logrado convertirse en uno de los agentes más eficaces de esta pedagogía del horror. No se limita a traficar sustancias ni a disputar territorios: produce subjetividades feroces. Produce perpetradores.

Espacios como el denominado “Rancho Izaguirre” o “La Escuelita”, en el estado de Jalisco, no pueden ser pensados simplemente como enclaves criminales o centros de entrenamiento paramilitar. Son verdaderos laboratorios de deshumanización. Allí se experimenta con los límites de la condición humana, con la destrucción deliberada de la empatía y con la transformación del sujeto en instrumento.

En “La Escuelita” se reclutaba a jóvenes mediante falsas promesas laborales. Una vez capturados, eran sometidos a un proceso sistemático de sometimiento físico y psíquico. Se les enseñaba el manejo de armas, tácticas de combate y fabricación de explosivos, pero también —y sobre todo— a desmembrar cuerpos, a desaparecer personas, a ejecutar sin vacilación. Todo ello en condiciones inhumanas, bajo tortura permanente, castigos arbitrarios y amenazas constantes de muerte.

El objetivo último de estos dispositivos no es simplemente matar. Matar es apenas un medio. El objetivo central es producir sujetos incapaces de conmoverse ante el sufrimiento ajeno, sujetos para los cuales la violencia deja de ser excepcional y se vuelve cotidiana, funcional e incluso identitaria.

Aquí resulta clave el concepto de “pedagogía de la crueldad”, desarrollado por Rita Segato. No se trata solo de infligir daño, sino de enseñar a dañar; no solo de ejercer violencia, sino de formar subjetividades que aprendan a ejercerla sin culpa, sin empatía y sin límite. La crueldad se convierte en lenguaje, en forma de pertenencia, en condición de inclusión dentro del grupo criminal. El lazo que se construye entre pares no es solidario ni horizontal: es un

lazo perverso, sostenido en la humillación compartida, la traición forzada y el dolor infligido al otro.

El mandato ya no es el del guerrero, ni siquiera el del soldado. Es el del verdugo obediente, aquel que ejecuta órdenes sin preguntar, sin pensar y sin sentir. Como relatan los sobrevivientes: “Ahí no hay ‘no puedo’ ni ‘no quiero’. Si te mandan a torturar a tu compañero, lo tenés que hacer”.

Sigmund Freud, en *El malestar en la cultura* (1930), sostuvo que la vida en sociedad implica necesariamente una renuncia pulsional. Sin embargo, lo que aquí presenciamos no es el malestar propio de la cultura, sino algo más radical: la destrucción de todo lazo social posible. No hay pacto, no hay ley simbólica, no hay alteridad reconocida. La máquina de deshumanización produce sujetos a los que se les ha expropiado la voluntad, la compasión y hasta la relación con su propio cuerpo.

Podríamos decir que estos dispositivos operan sobre la caída de la Ley simbólica. Allí donde el Nombre-del-Padre ya no organiza el límite, emerge un goce mortífero, un goce sin mediación, que se ejerce directamente sobre los cuerpos. El otro deja de ser semejante y se convierte en objeto: de uso, de descarte o de destrucción. No hay deseo, hay compulsión; no hay palabra, hay acto; no hay sujeto, hay resto.

El recluta es reducido a puro cuerpo disponible: carne que sufre y carne que inflige sufrimiento. La prueba final —el consumo de carne humana— opera como un rito de pasaje definitivo. No es un acto irracional: es profundamente simbólico. Incorporar el cuerpo del otro es aniquilarlo como semejante. Es atravesar el último tabú para sellar la ruptura definitiva con lo humano. Quien no atraviesa ese umbral es eliminado. Ejecutado e incinerado.

Aquí resulta imprescindible introducir el concepto de *ferocidad*, tal como lo trabaja Franco “Bifo” Berardi, especialmente en sus reflexiones más recientes sobre Gaza. Para Berardi, la ferocidad no es sinónimo de violencia. La violencia aún reconoce un conflicto, un adversario, incluso una narrativa. La ferocidad, en cambio, aparece cuando el

lenguaje colapsa, cuando ya no hay posibilidad de simbolizar el dolor propio ni el ajeno.

En Gaza —señala Berardi— no estamos solo frente a una guerra, sino frente a una suspensión radical de la empatía, donde la aniquilación del otro se vuelve administrable, técnica, cotidiana. La ferocidad no necesita justificar su acto: simplemente lo ejecuta. No odia, no discute, no argumenta. Borra.

Berardi sostiene que la ferocidad es el producto de una subjetividad devastada por el capitalismo contemporáneo: precarización extrema, humillación sistemática, aceleración del tiempo, destrucción del futuro. Cuando no hay horizonte, cuando no hay promesa ni inscripción simbólica, el cuerpo se convierte en el único lugar donde descargar la pulsión. La ferocidad es, así, una patología social del colapso del lazo.

Desde esta perspectiva, los campos de entrenamiento del narcotráfico funcionan como dispositivos que capturan y radicalizan una ferocidad previamente producida por el orden social. No crean el vacío: lo explotan. No inventan la desubjetivación: la organizan.

Lo verdaderamente novedoso y aterrador de este fenómeno es que ya no se trata exclusivamente de una violencia estatal, aunque muchas veces cuente con tolerancia, connivencia o zonas liberadas. Son organizaciones criminales las que se han apropiado del modelo del campo de concentración, ese dispositivo que el siglo XX creyó patrimonio exclusivo de los totalitarismos estatales.

Giorgio Agamben describió el campo como el espacio donde la ley se suspende y la vida queda reducida a nuda vida: una vida matable sin consecuencias. El narcotráfico ha comprendido esa lógica y la ha perfeccionado. Para producir asesinos implacables necesita campos donde la excepción sea la norma y la crueldad, el método.

Judith Butler nos permite pensar este fenómeno en términos de vidas precarias llevadas al extremo: vidas que no solo pueden ser eliminadas sin duelo ni reparación,

sino vidas entrenadas para eliminar sin reconocimiento. La obediencia absoluta del soldado aparece aquí despojada de cualquier narrativa de honor, patria o causa: queda reducida a la servidumbre más abyecta, sostenida por el terror y la supervivencia.

El triple femicidio de Florencio Varela —donde Brenda del Castillo (20), Morena Verdi (20) y Lara Gutiérrez (15) fueron engañadas, torturadas y asesinadas por una organización criminal— confirma esta lógica. No se trató de un acto impulsivo ni de una violencia “desbordada”. Fue una crueldad planificada: mutilaciones, transmisión en vivo por redes sociales, entierro clandestino. La violencia convertida en espectáculo. El horror como mensaje mafioso y como tecnología de disciplinamiento social.

La pregunta, entonces, no es solo hasta dónde puede llegar la crueldad, sino hasta qué punto como sociedad toleramos que la ferocidad siga produciéndose.

Desde la perspectiva de la salud mental y los derechos humanos, el desafío es monumental. Ya no alcanza con respuestas punitivas ni con lecturas individualizantes. Estamos frente a una catástrofe subjetiva, donde el sufrimiento psíquico, la desobjetivación y la violencia extrema son efectos de un mismo proceso social.

Nombrar este horror no es estetizarlo. Es un acto político y ético. Porque cuando la ferocidad se vuelve paisaje, lo que está en juego no es solo la vida de algunos, sino la posibilidad misma de lo humano.

La crueldad no es un destino natural, sino una construcción histórica. Si se aprende, también puede desarmarse. Asumir esa posibilidad es hoy una responsabilidad colectiva.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2004). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Pre-Textos.
- Berardi, F. (Bifo) (2025). *Pensar después de Gaza*. Tinta Limón.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Paidós.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Amorrortu.
- Levi, P. (1989). *Los hundidos y los salvados*. Muchnik.
- Segato, R. L. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Prometeo.
- Sontag, S. (2003). *Ante el dolor de los demás*. Alfaguara.

El castigo del inimputable¹

MARIANO A. POBLET MACHADO Y ADELQUI DEL DO

Si una enfermedad se transforma en delito, y ese delito se transforma en negocio, ¿es justo castigar al enfermo?

Eduardo Galeano (1998)

El castigo siempre se presenta como salvación.

Agustina Bazterrica (2023)

Violencia institucional, inimputabilidad y encierro

En Argentina se define como no punible a aquella persona que, al momento del hecho, “no haya podido comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”, ya sea por insuficiencia de sus facultades mentales, alteraciones morbosas de estas, inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables (art. 34, Código Penal). Esta formulación se inscribe en lo que la doctrina penal denomina *modelo mixto de inimputabilidad*, que articula un presupuesto biológico previo con una evaluación normativa sobre la capacidad de comprensión y autodeterminación (Mercurio y Schweizer, 2013; Zaffaroni, Alagia y Slokar, 2007).

Sin embargo, la declaración de inimputabilidad no implica la ausencia de respuesta estatal. El propio artículo 34 del Código Penal habilita al tribunal a disponer la reclusión del sujeto en un establecimiento psiquiátrico hasta tanto se declare “desaparecido el peligro de que el enfermo

¹ Publicado en el Zigma.com el 19 de agosto de 2021. Versión revisada.

se dañe a sí mismo o a los demás”. Esta previsión introduce una medida de seguridad de duración indeterminada, sin plazos máximos ni criterios claros de revisión periódica, fundada en nociones vagas y altamente problemáticas como la “peligrosidad”.

Debe recordarse que el Código Penal argentino data de 1921 y conserva una matriz conceptual fuertemente influida por el alienismo del siglo XIX, visible en términos como “enajenación” o “peligrosidad”, incompatibles con los estándares contemporáneos en salud mental y derechos humanos. Esta persistencia normativa genera una tensión estructural con instrumentos jurídicos posteriores y de jerarquía superior, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) —con jerarquía constitucional—, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y el Código Civil y Comercial.

La coexistencia de marcos normativos apoyados en concepciones incompatibles del sujeto —uno tutelar, segregativo y peligrosista; otro basado en derechos, autonomía y apoyos— produce un campo de fricciones no resueltas cuando el sistema penal declara inimputable a una persona con padecimiento mental (Sozzo, 2015; Urios *et al.*, 2017; Palacios, 2020).

En los hechos, la medida de seguridad funciona como una pena encubierta. Aunque formalmente se presenta como “curativa”, su función principal es la separación y neutralización de personas con padecimiento mental en conflicto con la ley penal, lo cual reproduce lógicas históricas de defensa social propias tanto del sistema penitenciario como del manicomial (Daroqui y Maggio, 2004; Hegglin, 2016).

La contradicción es evidente: el Estado afirma que el sujeto no es penalmente responsable dado que carece de capacidad de comprensión o autodeterminación, pero lo priva de su libertad por tiempo indeterminado precisamente por esa condición y le impone una sanción que puede

resultar más gravosa que la pena aplicable a una persona imputable.

Dimensión judicial y pericial: peligrosidad y arbitrariedad

La declaración de inimputabilidad requiere una sentencia judicial fundada, habitualmente apoyada en dictámenes periciales de profesionales de la salud mental. Sin embargo, como advierte Zaffaroni, no es infrecuente que los informes periciales excedan su competencia técnica y se pronuncien sobre cuestiones propias del juicio de culpabilidad, de modo que usurpen la función jurisdiccional al determinar si el sujeto “comprendía la criminalidad del acto” (Zaffaroni, Alagia y Slokar, 2007).

En la práctica concreta, la aplicación de una medida de seguridad implica un encierro en condiciones más gravosas que las de una condena penal, dado que no existe fecha cierta de finalización. La incertidumbre temporal se convierte en un factor adicional de sufrimiento psíquico, que profundiza el padecimiento mental preexistente.

La posibilidad de que cese la medida queda supeditada a la acreditación de la “ausencia de peligrosidad”, una noción que carece de base científica sólida. No existen herramientas psicológicas o psiquiátricas capaces de predecir con certeza conductas futuras. La peligrosidad funciona, así, como un concepto elástico y discrecional, que habilita prolongaciones indefinidas del encierro y consolida prácticas de control preventivo incompatibles con el principio de legalidad.

En este punto, la CDPD resulta clave. El Comité CDPD ha señalado reiteradamente que la privación de libertad basada en una condición de discapacidad psicosocial constituye una forma de discriminación y ha cuestionado de

manera explícita los sistemas de internación involuntaria y las medidas de seguridad indeterminadas fundadas en diagnósticos psiquiátricos (ONU, 2014; 2017).

Dispositivos de encierro y doble segregación

En Argentina, las personas inimputables con medidas de seguridad suelen ser alojadas en dispositivos penales diferenciados, lo que genera una situación de doble encierro institucional: encierro carcelario y encierro manicomial. Ambas lógicas comparten discursos desubjetivantes y prácticas de depósito humano, orientadas más a la custodia que al cuidado (CELS y MDRI, 2008).

La ausencia de estadísticas oficiales completas sobre personas inimputables con medidas de seguridad continúa siendo un obstáculo grave para el diseño de políticas públicas. El único registro parcial es el relevamiento anual del SINEP del Ministerio de Justicia, que ofrece apenas una fotografía estática y fragmentaria (Barukel, 2019). La producción sistemática de datos por parte del Poder Judicial resulta una condición básica para cualquier reforma seria.

Durante la última década, los procesos de endurecimiento penal, el encarcelamiento masivo y la criminalización de la pobreza y del consumo de sustancias profundizaron este escenario. Si bien estas dinámicas se intensificaron durante el gobierno de Cambiemos, no constituyen un fenómeno coyuntural sino una tendencia estructural del punitivismo contemporáneo, reforzada por discursos mediáticos estigmatizantes (CELS, 2021; Garland, 2018).

PRISMA: una política pública en clave de derechos

En este contexto, el Programa PRISMA representó una experiencia singular e innovadora. Surgido en 2011, reemplazó a

las ex Unidades 20 y 27 —espacios denunciados por graves violaciones a los derechos humanos— y propuso un abordaje interdisciplinario, civil y especializado para personas con padecimiento mental en conflicto con la ley penal.

Uno de sus aportes más relevantes fue el Dispositivo de Inclusión Social, orientado al acompañamiento pospenitenciario. Este espacio funcionaba como una referencia clave para la externación, articulando con políticas de salud, vivienda, trabajo y protección social. Desde una perspectiva teórica, se trató de un dispositivo con fuerte potencial desmanicomializador, aun en un campo tan complejo como el cruce entre salud mental y sistema penal (Faraone, 2013; Valero y Faraone, 2020).

El cierre de este dispositivo implicó un retroceso significativo, que dejó a las personas externadas sin redes de sostén y reforzó procesos de exclusión y revictimización. La reactivación y ampliación de experiencias similares constituye hoy una prioridad en términos de política pública.

Consideraciones finales

El análisis del castigo del inimputable revela un núcleo duro de tensiones entre derecho penal, salud mental y derechos humanos. Resulta imperioso avanzar hacia una armonización normativa que incorpore plenamente los principios de la CDPD en el ámbito penal, que cuestione la inimputabilidad y las medidas de seguridad como dispositivos discriminatorios.

Al mismo tiempo, es necesario fortalecer políticas públicas específicas que garanticen abordajes interdisciplinarios, civiles y comunitarios, y que promuevan procesos reales de inclusión social. La experiencia de PRISMA demuestra que ello es posible, pero requiere decisión política, presupuesto y continuidad institucional.

Introducir esta problemática en la agenda pública exige evitar la criminología mediática y los discursos del miedo. Solo así será posible desmontar la noción de peligrosidad como atributo esencial de las personas con padecimiento mental y avanzar hacia un paradigma que reconozca derechos, dignidad y ciudadanía plena.

Referencias bibliográficas

- Barukel, M. (2019). *Personas con padecimiento mental en conflicto con la ley penal*. Análisis del SINEP. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Bazterrica, A. (2023). *Las indignas*. Alfaguara.
- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y MDRI (Mental Disability Rights International) (2008). *Vidas arrasadas: violencia institucional en hospitales psiquiátricos monovalentes*. Siglo XXI Editores.
- Código Penal de la Nación Argentina (1921). Artículo 34.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Naciones Unidas. Incorporada con jerarquía constitucional en Argentina (Ley 27.044).
- Daroqui, A. y Maggio, N. (2004). *Encierro punitivo y sistema penal*. Ad-Hoc.
- Faraone, S. (2013). *Salud mental, políticas públicas y derechos humanos*. Teseo.
- Galeano, E. (1998). *Patas arriba: La escuela del mundo al revés*. Siglo XXI Editores.
- Garland, D. (2018). *La cultura del control. Crimen y orden social en la sociedad contemporánea*. Gedisa.
- Hegglin, M. (2016). *Inimputabilidad, peligrosidad y medidas de seguridad*. Ediar.
- Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010). Buenos Aires, Argentina.
- Mercurio, E. y Schweizer, M. (2013). *Inimputabilidad penal y salud mental*. Rubinzal-Culzoni.

- ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014). *Observación General N.º 1: Igual reconocimiento como persona ante la ley*. ONU.
- ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2017). *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*. ONU.
- Palacios, A. (2020). *El modelo social de la discapacidad*. Cinca.
- Sozzo, M. (2015). *Populismo punitivo y política penal*. Del Puerto.
- Urios, M. *et al.* (2017). *Salud mental y sistema penal: tensiones y desafíos*. UNR Editora.
- Valero, A. y Faraone, S. (2020). *Dispositivos de inclusión social y desmanicomialización*. Teseo.
- Zaffaroni, E. R.; Alagia, A. y Slokar, A. (2007). *Derecho penal. Parte general*. Ediar.

El problema no es la falta de *taser*, es la policía a cargo de la salud¹

ESTEBAN RODRÍGUEZ ALZUETA Y ADELQUI DEL DO

Se ha dicho que el Estado tiene el monopolio de la fuerza, aunque en realidad eso está por verse. Hace rato que los gobiernos y los funcionarios judiciales han perdido la capacidad de capturar y dirigir la violencia social. Una violencia que comparten con otras agencias privadas y otros actores de la sociedad que están tomando los conflictos en sus propias manos. Eso le agrega nuevos problemas a la cuestión que exceden esta nota.

Nos queremos detener en la bala del policía bonaerense que perforó el abdomen de Santiago “Chano” Moreno Charpentier —exlíder de Tan Biónica—, que supuestamente tuvo un “brote psicótico” o “cuadro de excitación psicomotriz” y, hasta donde pudimos saber según la información que circuló por los medios, tal vez como consecuencia de consumo problemático de drogas ilegales.

No es una escena que se repite todo el tiempo, pero de vez en cuando adquiere notoriedad, sobre todo cuando los hechos llegan hasta los noticieros centrales. La última que tuvo estado público fue el año pasado, cuando en las cercanías del MALBA una persona en tratamiento le clavó un cuchillo a un policía que se acercaba hasta el lugar donde la persona estaba “molestando” a unos comensales. Aquella escena, que le costó la vida al policía de la Federal, revivió el debate en torno a la necesidad de que los agentes de seguridad estén calzados con pistolas *taser* para realizar de manera efectiva sus tareas de prevención. Otro debate urgente que

¹ Publicado en *Cosecha Roja* el 27 de julio de 2021.

intentó llevarse puesta la vigencia de la Ley Nacional de Salud Mental.

Ni lerdos ni perezosos, algunos funcionarios y parte del *mainstream* periodístico salieron a decir que eso se debe a que la policía no está autorizada a usar las *taser*, que eso con las *taser* no hubiese pasado. No vamos a entrar a debatir sobre la letalidad o no de las *taser*, una cuestión que ya ha sido planteada y demostrada por distintas organizaciones de derechos humanos y la Defensoría del Pueblo de la Ciudad, aunque su uso ha sido avalado por la Corte Suprema. Hay que avanzar en las discusiones, no puede debatirse todo el tiempo lo mismo.

Nos interesa volver sobre una cuestión que nos parece cada vez más central, que suele esconderse debajo de aquellos debates espectaculares: el policiamiento de la salud. No solo la seguridad se ha policializado, sino que determinados problemas que hacen a la convivencia cotidiana, que no generan problemas de inseguridad (escuchar música a alto volumen, por ejemplo), tienden a policializarse, esto es, a abordarse como una cuestión que incumbe a las policías, a sus rutinas, sus facultades discrecionales, apelando al encuadre que aporte la autoridad. ¿Por qué se sigue creyendo que problemas semejantes pueden resolverse apelando a la autoridad?

Mucha gente cree que en el fondo los consumos se vuelven problemáticos cuando fallan las instituciones tradicionales: cuando la familia no está presente o no sabe ya cómo estarlo, cuando la escuela mira para otro lado; la policía se vive como una suerte de reserva moral de autoridad que viene a poner las cosas en orden. Allí donde hay un déficit de autoridad, la policía compensa ese déficit con la autoridad que detenta y quiere hacer valer.

Esto es algo que ya no sucede ni en las películas, pero lo seguimos escuchando en el barrio. Los vecinos vivimos de contarnos cuentos y por eso nos encomendamos a la policía, es decir, a la autoridad con la que dicen llegar las

policías. En Argentina, en general, la policía sigue siendo un gran comodín: “Si usted ve o sabe algo llame al 911”.

Esa consigna demagógica nos enseñó o reforzó algunos lugares comunes, por ejemplo, que la policía es la respuesta de *rigor*. Y acá “rigor” quiere decir ejercicio de la fuerza, letal o no letal. Una policía que a su vez está moralmente obligada a intervenir en conflictos muy distintos, que exceden cualquier preparación especial, que exceden el marco de los cuidados especiales que necesitan sobre todo las personas en situación de vulnerabilidad.

Pongamos un ejemplo bastante cotidiano: tenemos un borracho durmiendo en la puerta del edificio. En vez de llamar a una ambulancia, optamos por llamar a la policía. Eso en el caso de que esté obstruyendo el ingreso o egreso, porque si está tirado en el medio de la vereda lo salteamos con indiferencia o reserva, a veces con cierto asco o desdén. ¿Por qué la policía se ha convertido en la respuesta a todas estas preguntas? ¿Quién nos enseñó que la policía es la agencia del Estado para intervenir en todos estos casos? Basta ponerse a mirar *Crónica TV*, recordar los programas de *Policías en acción*, para darnos cuenta de que la policía es una agencia que tiene que intervenir en conflictos y situaciones problemáticas tan diversas que van desde la música a alto volumen en la casa de un vecino hasta un secuestro, pasando por un robo, una pelea callejera, un caso de violencia de género y un largo etcétera.

La coyuntura de la que hoy somos testigos nos obliga a repensar, desde un Estado presente, los dispositivos de intervención frente a consumos problemáticos de drogas. La Ley Nacional de Salud Mental es un punto de partida no solo para evitar la judicialización, sino para abordar una problemática compleja desde otra perspectiva, con otros actores, otras preguntas, otras sensibilidades. Pero la policía está para llenar los baches, para suplir las otras inercias del Estado, calmar las ansiedades de los vecinos, las incertidumbres de los familiares. Por eso, si no sabés a quién acudir, llamás a la policía.

El policiamiento de la salud sirve para recordarnos otras tareas pendientes, una de las cuales está vinculada a la despenalización y legalización del consumo de drogas. Un debate atado a otros debates vinculados a la salud y el ocio. Sabemos que la penalización del consumo de las drogas ilegalizadas sigue cuestionando identidades y criminalizando eventos culturales, persiguiendo sobre todo a las personas con mayor vulnerabilidad, con menos redes de cuidado a su alrededor. De hecho, un alto porcentaje de las causas que se tramitan ante el fuero federal están vinculadas todavía a “tenencia de sustancias ilegales”. Las instituciones tradicionales, como las policías o las justicias, no se resetean de un día para el otro. Desandar esas rutinas y los prejuicios que las encuadran demandará un trabajo de larga duración.

Cuando uno aborda los consumos problemáticos con el Código Penal en la mano, incluso con los prejuicios hechos de tantos tabúes sociales, la pregunta que se hace es cuál es el nivel de castigo adecuado que se merece la persona. Un castigo anticipado que llegará con la cultura de la prevención policial que traen al ruedo los vecinos asustados. Un castigo que llega con un proceso que seguirá abierto unos cuantos años más. Mientras tanto, el certificado de mala conducta, los antecedentes que le saltan se convierten en un nuevo obstáculo para conseguir un trabajo formal y alimentan la preocupación y los fantasmas de padres, vecinos, familiares y la comunidad toda.

Por el contrario, cuando abordamos el consumo problemático con la Ley de Salud Mental la pregunta es otra muy distinta: cuál es el nivel de protección adecuado que necesita esa persona. No es lo mismo castigar que cuidar, no es lo mismo quedar en manos de la justicia que a cargo de la salud.

Ahora bien, las personas con consumos problemáticos de drogas ilegalizadas suelen tener interacciones con las fuerzas policiales. Por eso muchas situaciones de crisis vinculadas con la salud mental encuentran como primera respuesta la presencia de personal policial. No suelen

ser situaciones sencillas, que puedan resolverse apelando al diálogo cordial. La intervención policial en estos casos está contemplada. No son situaciones excepcionales que tengan que resolverse con la velocidad que prometen las descargas de las pistolas *taser*.

Garantizar la seguridad de ciudadanos y ciudadanas, sobre todo de quienes se encuentran en una situación de padecimiento o agotamiento mental o emocional, es un compromiso de las distintas agencias del Estado, entendiendo la seguridad como un instrumento para alcanzar la plena vigencia de los derechos humanos. Acá *seguridad* no significa velar por el orden público, sino *cuidar* a los ciudadanos y ciudadanas en el ejercicio de los derechos. Y el derecho a la salud y a la integridad física no pueden ser la excepción.

Hasta donde sabemos, de acuerdo con las noticias, 48 horas antes de este episodio también se llamó a la policía. Debemos tener en cuenta que la Ley de Salud Mental abre la posibilidad de la internación involuntaria cuando el equipo de salud evalúa riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A fin de adecuar las intervenciones de las fuerzas de seguridad a la Ley N.º 26.657, el Ministerio de Seguridad de la Nación aprobó la Resolución 506/2013, denominada “Pautas para la Intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad” para preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

De acuerdo con esta normativa, ante un hecho que involucra a personas en situación de consumo problemático de sustancias psicoactivas o personas con discapacidad mental o presunto padecimiento mental, las fuerzas de seguridad deben garantizar la plena protección de la salud de las personas, facilitando las condiciones para la intervención inmediata de los servicios de salud y de otros servicios sociales o agencias estatales en caso de corresponder. Se

tendrá que evaluar si se agotaron todas las vías de diálogo posibles antes del uso de armas de fuego letales o no letales. Una fuerza que no está prohibida sino limitada, que no puede usarse según nuestras meras opiniones sino de acuerdo con criterios profesionales concebidos conforme a estándares de legalidad, racionalidad y proporcionalidad que permitan *cuidar* a todas las personas, sobre todo a las que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.

11 años de impunidad¹

La desobediencia es el verdadero fundamento de la libertad.

Henry David Thoreau (1849/2007)

Donde hay poder, hay resistencia.

Michel Foucault (1978)

Semanas antes de que se sancionara la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (26.657), moría en el Hospital General de Agudos J. M. Penna Matías Carbonell. Los médicos que lo recibieron denunciaron que su cuerpo tenía lesiones físicas compatibles con el pasaje de corriente eléctrica, entre otras torturas de extrema gravedad, que le causaron la muerte.

Había atravesado numerosas internaciones y desde el año 2009 se encontraba internado en el Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda. El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) denunció que Matías fue maltratado y torturado, que soportó diversas formas de violencia y hostigamiento por parte de los profesionales del Hospital Borda.

Dicho maltrato fue propinado durante su internación en el servicio, tristemente célebre, 14-22, conocido por ser un lugar de castigo y sobre el que pesaba una medida cautelar de urgente cierre por las peligrosas y humillantes condiciones en las que se encontraban las personas allí internadas.

En 2008, el informe *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* había documentado violaciones a los derechos humanos perpetradas contra

¹ Publicado en *Agencia Paco Urondo* el 5 de noviembre de 2021.

las aproximadamente 25.000 personas internadas en hospitales monovalentes de salud mental. Entre esos hospitales se encontraba el Hospital Borda. Claramente las autoridades de la Ciudad de Buenos Aires y del Hospital no tomaron nota de las recomendaciones realizadas por los organismos de derechos humanos.

Sobre el servicio 14-22 recaían numerosas denuncias y gozaba de una muy mala fama dentro y fuera del hospital. Cabe destacar que, en un allanamiento al Hospital Borda, en el marco de la investigación por la muerte de Carbonell, se constató que entre 2009 y 2010 murieron 46 pacientes del mencionado hospital. Muertes que por lo general no son investigadas.

Según un informe de la Procuración Contra la Violencia Institucional (2013), entre las irregularidades que se comprobaron en la investigación, se encontraron historias clínicas incompletas de las personas que habían estado internadas en el servicio 14-22 entre 2009 y 2010. Increíblemente, este servicio fue cerrado recién en abril de 2011.

Matías Carbonell había sido elegido por sus compañeros como delegado y era el impulsor de reclamos para lograr mejores condiciones de internación. Lo cual hace suponer que este fue el motivo del ensañamiento con el joven. Todo indica que fue castigado por protestar y defender a sus compañeros.

Matías Carbonell fue víctima de violencia institucional dentro del hospital.

Hace poco un colega me preguntaba si este tipo de hechos seguía sucediendo en el Hospital Borda. Atiné a señalar inmediatamente que no, pero luego recordé que Jorge Marcheggiano, usuario internado en este hospital, murió tras el ataque de una jauría de perros salvajes mientras caminaba por las instalaciones del Borda. Escena horrorosa propia de la época medieval.

Tanto la muerte de Jorge como la de Matías podrían haberse evitado, ya que en ambas situaciones se habían

presentado medidas cautelares. También es cierto e histórico el desinterés del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires sobre los usuarios y usuarias de salud mental. Nunca cumplió su propia Ley de Salud Mental (448), como así tampoco la Ley Nacional.

Como profesionales de la salud, no podemos ni debemos ser funcionales ante situaciones de violencia institucional; para ello contamos con herramientas clínicas y deontológicas.

Claramente, el encierro no solo no cura, sino que también mata.

El caso llegó a juicio oral gracias al empuje de la familia y la querrela, con un Ministerio Público Fiscal que nunca escuchó a las víctimas. Con demoras e irregularidades, el proceso judicial dejó ver cuál es el lugar que le asigna el Estado, y en particular la Justicia, a las personas con padecimiento de salud mental (CELS, 2013).

Finalmente, los acusados resultaron sobreesidos y la muerte de Matías, como muchas otras, todavía espera que se haga justicia.

Las muertes de personas en contexto de encierro no suelen investigarse y se las toma como si fuesen naturales, lo que convalida un sistema de violencias que se mantiene impune.

Referencias bibliográficas

- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) (2013). *El caso Matías Carbonell: Violencia institucional y encierro psiquiátrico*. CELS.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Legislatura (2000). Ley de Salud Mental N.º 448. *Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires*.

- Congreso de la Nación Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1978). *Microfísica del poder*. La Piqueta.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Mental health policy and service guidance package*. OMS.
- Procuración Penitenciaria de la Nación (2013). *Informe sobre muertes en contextos de encierro y violencia institucional*. PPN.
- Thoreau, H. D. (1849/2007). *Desobediencia civil*. Alianza.

Apartado IV. Cine, subjetividad y derechos humanos

Lo común en el porvenir¹

La posibilidad de vivir empieza en la mirada del otro.

Michel Houellebecq (1999)

Noam Chomsky escribió en numerosas oportunidades sobre el “bien común”, destacando que la preocupación por dicho *bien* “debe impulsarnos a encontrar caminos para cultivar el desarrollo humano en su más rica diversidad”, considerando las circunstancias sociales, culturales e institucionales que las personas atraviesan a lo largo de su vida.

En ese horizonte ético, el film documental *El porvenir de la vida en común* aborda la temática de la salud mental.

A lo largo de la película nos interpelan las historias de vida de Edgardo, Gabriel, Graciela, Verónica, Walter y Carlos, quienes luego de muchos años de internación psiquiátrica pudieron retornar a una vida en comunidad, gracias a la cristalización de un proceso de reparación individual y colectiva desde una perspectiva de derechos humanos e inclusión social.

“Las normalidades enferman, las demasías no. Las demasías son esa resistencia fallida ante la normalización”, afirma Marcelo Percia², y nos interpela también con preguntas incómodas pero necesarias para poder pensar un posible porvenir en común:

- ¿Qué nos enseña el sufrimiento que albergan esas paredes?
- ¿Por qué no existe el derecho a no encajar?

¹ Publicado en la *Revista Soberanía Sanitaria* el 3 de junio de 2023.

² Psicólogo, ensayista, docente universitario y psicoanalista argentino.

- ¿Cómo se ejerce el derecho a no quedar atrapados en un diagnóstico?
- ¿Podemos pensar una vida improductiva, sin éxito, sin gloria?
- ¿Podemos pensar una vida por fuera de la pulcritud de la normalidad?

El recorrido histórico de la salud mental en la Argentina está tristemente plagado de vulneraciones de derechos. A lo largo del siglo XX fueron múltiples las denuncias por malos tratos y por tratamientos inadecuados.

El informe *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* (2008) denuncia internaciones arbitrarias, abusos al interior de las instituciones, muertes sin investigar, privación de la libertad en celdas de aislamiento, abusos físicos y sexuales, falta de atención médica, condiciones insalubres de alojamiento, ausencia de rehabilitación, tratamientos inadecuados y sobrepoblación. Además, destaca que las autoridades admitían que entre el 60 % y el 90 % de las personas internadas eran “pacientes sociales”, es decir, personas en condiciones de alta, pero sin lugar a donde ir.

Las internaciones prolongadas constituyen una de las problemáticas más complejas del campo de la salud mental de nuestro país. Estas suelen comenzar por la necesidad de abordar una posible situación de riesgo, pero suelen prolongarse innecesariamente en el tiempo.

El porvenir de la vida en común nos muestra el impacto positivo en la vida de las personas internadas en neuropsiquiátricos a partir de la decisión de la provincia de Buenos Aires de llevar adelante una política transformadora en salud mental.

“Es indispensable que el sistema de salud comprenda que adentro del mismo se encuentran las problemáticas de salud mental. Se debe pensar a las personas en función de

sus necesidades y no el sistema de salud según sus capacidades”, expresa Nicolás Kreplak³ en la película.

De diciembre de 2019 a la actualidad (2024), 632 personas fueron externadas de los manicomios de la provincia de Buenos Aires, muchas de ellas con estadías de más de 10 años. Hoy viven en la comunidad con distintos niveles de apoyo y acompañamiento, y se les garantiza la plena restitución de sus derechos. Además, se generaron 181 casas asistidas en la comunidad y 873 proyectos laborales.

“Las políticas de externación pasan a ser el centro de la política de transformación de los manicomios”, destaca Julieta Calmels⁴.

Cabe señalar que un informe de la OMS denominado *Transformar la salud mental para todos* (2022), en el cual este organismo convoca a todos los países a renovar esfuerzos para lograr la plena accesibilidad en salud mental, destacó los avances sobre salud mental realizados en la provincia de Buenos Aires. Dicho documento resalta que la desinstitucionalización mejora la calidad de vida de las personas que viven con problemas de salud mental y permite protegerlas de una amplia gama de violaciones de derechos humanos.

En la misma línea, la prestigiosa revista científica británica *The Lancet* describió, a través de un escrito de Alejandra Barcala⁵ y de Silvia Faraone⁶ (2023), los hitos más importantes de la reforma en salud mental que está llevando a cabo la provincia de Buenos Aires, en el marco del cumplimiento de la Ley 26.657. “Un avance sustancial en la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental”, calificó el estudio.

Sin duda, otro gran acierto del film es darles voz a quienes estuvieron internados durante muchos años.

³ Médico, ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires.

⁴ Psicóloga, subsecretaria de Salud Mental y Consumos Problemáticos de la provincia de Buenos Aires.

⁵ Psicóloga, magíster en Salud Pública y doctora en Psicología.

⁶ Doctora en Ciencias Sociales.

Walter, exinterno, expresa: “yo estuve 14 años encerrado, sin salir de alta, sin salir de permiso y me pareció una vida muy mala adentro del pabellón. Acá en la casita hice grandes amigos”.

La película permite una reflexión sobre los daños a los derechos de hombres y mujeres. Abre la pregunta sobre qué tipo de sociedad queremos construir y cómo queremos vincularnos con las diferencias unos con otros. El documental recupera la perspectiva de los impulsores de esta política pública en salud mental, fundamentalmente la militancia y profunda convicción de que otro modelo de atención de los padecimientos subjetivos es posible.

Edgardo, Gabriel, Graciela, Verónica, Walter y Carlos, protagonistas de esta implementación de restitución de derechos, salen del hospital psiquiátrico y vuelven a la comunidad. La libertad les restituye el lazo social y los derechos que el encierro vulnera.

A pesar de que el neoliberalismo toma el dinero como medida de todas las cosas y no incluye en su horizonte el bien común de las personas, la apuesta del film es pensar en una vida digna en comunidad, donde el centro de la política es lo humano. La apuesta al futuro interpela e incomoda, ya que implica pensar sobre nuestra existencia junto con la de los otros y sobre las injusticias del mundo que hemos construido y que debemos transformar.

Ya no podemos seguir pensando la “locura” por fuera de la libertad y la comunidad. Y es el Estado quien debe articular las políticas necesarias para recuperar la dignidad de las personas.

Referencias bibliográficas

Barcala, A. y Faraone, S. (2023). *Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina*. The Lancet.

- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y MDRI (Mental Disability Rights International) (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un Informe sobre DD. HH. y Salud Mental en Argentina*. Siglo XXI Editores.
- Chomsky, N. (2002). *El bien común*. Editorial Siglo XXI.
- Houellebecq, M. (1999). *Las partículas elementales*. Anagrama.
- Krichmar, G. C. (2022). *El porvenir de la vida en común* (documental).
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género, Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires (2020). *Informe primer relevamiento de los procesos asistenciales y externaciones en los hospitales neuropsiquiátricos de adultos de la provincia de Buenos Aires*. Documento de Trabajo.

La gestión frente a lo desconocido¹

Me he decidido a rechazar todo lo que, de cerca o de lejos, por buenas o malas razones, haga morir o justifique que se haga morir. Por esto es por lo que no he tenido nada que aprender con esta epidemia, si no es que tengo que combatirla al lado tuyo.

Albert Camus, *La Peste* (1947/2011)

Pandemia: gestionar lo desconocido nos interpela acerca de lo trascendental en la toma de decisiones políticas en un contexto de incertidumbre y catástrofe, a sabiendas de que todas las situaciones de desastre social presentan enormes complejidades de gestión pública. El documental nos permite ver en retrospectiva, ya que tiene la virtud de haber sido filmado fundamentalmente durante los primeros meses de la pandemia por covid-19, cuando lo que más primaba en ese entonces era la incertidumbre.

Hablamos de *pandemia* cuando una epidemia se extiende en áreas tan extensas que abarca diferentes países y continentes. Hay un alto grado de contagio y la enfermedad se traslada fácilmente de un sector geográfico a otro.

Sin duda, toda catástrofe requiere de la acción inmediata y coordinada de múltiples instancias del Estado para dar respuesta a las necesidades de la población, ya que se crean demandas médicas y logísticas que exceden las capacidades normales de cualquier Estado.

La palabra “catástrofe” (del griego *trophe*: dar vuelta todo) se refiere a la alteración de las referencias simbólicas en los sujetos cuando la magnitud del evento excede las

¹ Publicado en eticaycine.org el 27 noviembre de 2023.

capacidades singulares y colectivas². Es decir, implica un fuerte impacto en la subjetividad, lo que llamamos desde el campo de la salud mental *trauma psíquico*.

Ignacio Lewkowicz, a mediados de los 90, reflexionando sobre las catástrofes sociales, se preguntaba: ¿qué es una catástrofe hoy? ¿Qué es una catástrofe en tiempos neoliberales?³. En la actualidad, podríamos agregar: ¿qué puede hacer el Estado frente a una catástrofe? Son preguntas necesarias para intentar poner en palabras lo que atravesamos durante la pandemia de covid-19. El documental intenta surcar esas líneas de respuesta, fundamentalmente desde lo político y lo colectivo.

Toda catástrofe genera traumas sociales y subjetivos, y el trauma siempre le exige al aparato psíquico un esfuerzo elaborativo extraordinario, puesto que atenta contra su propia organización.

Es decir, toda catástrofe precisa de un proceso elaborativo capaz de otorgar significado al evento traumático y sus efectos. La película es un aporte para esa línea de sentido. Desde el campo de la salud mental sabemos muy bien de la importancia de poner en palabras los hechos traumáticos y de las consecuencias de no hacerlo.

Pero ¿qué sucede cuando se quiere negar la existencia misma de la catástrofe, cuando se intenta imponer un “imperativo moral” del *sálvese quien pueda*?

Sigmund Freud (1915) señalaba que

la muerte propia no se puede concebir; tan pronto intentamos hacerlo podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores. (...) En el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad.

² IBIS (International Bioethical Information System), en CD-ROM.

³ Lewkowicz (2002).

El miedo ante las epidemias entonces se asienta sobre dos factores principales: por una parte, el miedo ante la muerte propiamente dicha; y por otra, el miedo hacia el semejante, que deviene así una amenaza. Si bien las epidemias no suponen necesariamente enfermedades contagiosas, el semejante afectado es en general blanco de rechazo, ya que confronta al sujeto con la propia vulnerabilidad. Frente a las epidemias, la humanidad ha generado múltiples y diversas explicaciones. Desde la ira divina o los cuerpos celestes, hasta modernas argumentaciones científicas, políticas o económicas. Pero siempre subyace un nivel más primario de explicación sostenido en interpretaciones moralistas que promueven un trato discriminatorio sobre los enfermos⁴.

El neoliberalismo suma a la situación de catástrofe mecanismos negacionistas y dispositivos de odio, además de validar discursos políticos que priorizan lo económico por sobre la vida humana.

No solo las políticas neoliberales transformaron a los ciudadanos en consumidores, sino también a grandes sectores de la población en odiadores, donde abunda el reclamo y la queja permanente en relación con lo público. Como refiere Naomi Klein, en su libro *La doctrina del shock* (2007), es en las catástrofes donde el neoliberalismo ataca más fuerte y muestra su cara descarnada.

¿Pero qué puede hacer el Estado frente a ello? ¿Cómo abordarlo desde la política? Axel Kicillof y Nicolás Kreplak señalan como central la toma de decisiones frente a la incertidumbre y el no perder nunca la conducción política del conflicto, “nos va la vida en ello”, dicen en el documental. Y podemos ver hoy, luego de cinco años de iniciada la pandemia, cómo el gobierno de la provincia de Buenos Aires, junto a su Ministerio de Salud, priorizó y defendió la vida del pueblo, garantizando la equidad, la igualdad, la inclusión y el derecho a la salud.

4 IBIS (International Bioethical Information System), en CD-ROM.

El documental nos acerca a la toma de decisiones en primera persona. Nos permite presenciar una reunión clave de funcionarios y funcionarias que tenían la responsabilidad de llevar adelante la titánica tarea de gestionar ante un panorama absolutamente desconocido; vemos la perspectiva, el esfuerzo y las emociones de los trabajadores del sistema de salud que pusieron sus vidas al servicio de la salud del pueblo; a los operadores técnicos y logísticos que tenían que distribuir insumos; a los pilotos de los aviones que fueron a buscar las vacunas, entre otros. Una red enorme que trabajó mancomunadamente para preservar las vidas de su comunidad, bajo una decisión política que no soltó en ningún momento las riendas de la conducción.

Un punto clave en la provincia de Buenos Aires fue la decisión de multiplicar las camas y los respiradores para atender los casos críticos, como así también la ayuda al sector privado para que pudiera dar respuesta a las demandas que requería la infección por covid-19. No hubo un desborde en los hospitales, cada bonaerense que lo necesitó tuvo cama y respirador. Y una vez que llegaron las vacunas, se aplicaron más de 45 millones de dosis.

Cabe destacar que nuestro país tuvo una gestión de la pandemia superior a la de Estados Unidos, Brasil, España o Italia. Casi equivalente a la del Reino Unido, Portugal y Canadá, y bastante mejor que el promedio mundial, sobre la base de los datos de Our World in Data (2023)⁵.

De esta manera quedó documentado el enorme trabajo, esfuerzo y dedicación de todo el equipo de gestión que durante día y noche trabajó para que el sistema de salud cumpliera su rol y cuidara a cada bonaerense. Todo desde un claro horizonte ético: el resguardo de la vida, sin ningún tipo de distinción.

⁵ Our World in Data (Nuestro Mundo en Datos) es una publicación en línea que analiza y presenta datos empíricos sobre las condiciones de vida de la humanidad a escala global. Está producida por Global Change Data Lab, con la colaboración de investigadores de la Universidad de Oxford.

En estos tiempos de permanente ataque al Estado, el documental nos muestra la importancia de la existencia de un Estado bien consolidado y comprometido con las necesidades del pueblo. Reforzando una vez más una posición ético-política: es el Estado el único capaz de garantizar equitativamente el acceso a los derechos. La salud no es un mercado, es un derecho.

Referencias bibliográficas

- Camus, A. (1947/2011). *La peste*. DeBolsillo.
- Freud, S. (1915/2006). *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*. En *Obras completas* (vol. XIV). Amorrortu.
- Freud, S. (1987). *De guerra y muerte*. En *Obras completas* (vol. XIV). Amorrortu.
- Klein, N. (2007). *La doctrina del shock: El auge del capitalismo del desastre*. Paidós.
- Kreplak, N. (2024). *Pandemia: gestionar lo desconocido* (documental).
- Lewkowicz, I. (2002). Estos son los sujetos de la devastación. *Página/12*.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado: La subjetividad en la era de la fluidez*. Paidós.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2021). *Plan de respuesta integrada frente a la pandemia por COVID-19*. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2022). *Cinco años de gestión sanitaria: Pandemia, reconstrucción y fortalecimiento del sistema de salud*. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Managing epidemics: Key facts about major deadly diseases*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. OMS.
- Our World in Data (2023). *COVID-19 pandemic data*. Universidad de Oxford.

*Cuando acecha la crueldad*¹

Toda representación de la crueldad es, en última instancia, un ensayo sobre los límites de lo humano.

Julia Kristeva (1988)

El cine de terror no trata del monstruo, sino de aquello que lo engendra: el miedo social, la herida colectiva.

Robin Wood (2003)

El goce neoliberal y el terror como gestión

La serie documental *Cuando acecha la crueldad*, de Santiago Giorgetta, desplaza el horror del mito al Estado. No hay zombis ni apariciones rurales, como en la película de Rugna que inspira su estética y su título. Aquí el espanto es real y burocrático: nace de los decretos, los recortes, los algoritmos y las pantallas.

El documental pone cuerpo donde otros ponen cifras y construye una radiografía sensible del país que sobrevive a la motosierra.

Sabemos que el neoliberalismo no es solo una doctrina económica, sino una tecnología de gobierno que penetra la vida misma: regula los cuerpos, captura las almas y produce la subjetividad que sostiene su propio orden.

A lo largo de cuatro episodios temáticos, la serie muestra rostros, nombres y cuerpos concretos: una jubilada que sigue trabajando para no “caerse del sistema”, un médico residente del Hospital Posadas, una docente y una

¹ Publicado en eticaycine.org el 27 de noviembre de 2025.

estudiante de la universidad pública del conurbano, obreros de una pyme textil que lucha por no desaparecer.

En esas vidas cotidianas, Giorgetta compone una cartografía del dolor subjetivo. La crueldad deja de ser una metáfora para convertirse en un régimen de realidad. Es el modo en que el neoliberalismo reordena la existencia: convierte el sufrimiento en política pública y el abandono en método de gobierno.

Capítulo 1. Motosierra: Patri, la jubilada enfermera

Patri, jubilada y enfermera, abre la serie con la serenidad de quien ya entendió todo. Trabaja para complementar su jubilación, para que sus nietos “puedan darse algún gustito”. La “motosierra”, símbolo del discurso presidencial, corta derechos, vínculos y también la dignidad que hacía de la vejez una etapa, no una condena.

Golpear a un jubilado es golpear la memoria de un país. Cada bastón alzado, cada cuerpo envejecido empujado al suelo es una escena de barbarie que desnuda el rostro real del poder cuando se queda sin argumentos. La represión a los jubilados no es un hecho aislado: es la traducción física de una política que desprecia la vejez, que convierte la dignidad ganada en una carga fiscal.

En esos cuerpos castigados por el tiempo y por el Estado se cifra una verdad dolorosa: un gobierno que no respeta a sus mayores ha perdido toda noción de humanidad. Defender a los jubilados es defender la historia, la justicia y el derecho a una vida que no termine en la humillación.

Freud advirtió que cuando una cultura no puede contener el dolor, el malestar retorna como síntoma. Patri encarna ese síntoma colectivo: un cuerpo que resiste al abandono y se mantiene en pie por necesidad afectiva. El capítulo es respetuoso, sin sensacionalismo ni golpes bajos. La crueldad, aquí, tiene rostro de vida cotidiana.

Capítulo 2. Pymes y trabajadores textiles: la industria como víctima

El segundo capítulo nos lleva a una pyme textil, donde el silencio de las máquinas asusta y acompaña la incertidumbre de los obreros.

Las pymes textiles han sido el corazón silencioso de la producción nacional. No solo fabrican ropa: tejen comunidad, sostienen empleos y preservan oficios que transmiten dignidad. En cada taller hay una red de trabajo, de esfuerzo compartido, de creatividad popular que resiste al despojo neoliberal. Cuando una pyme cierra, no se apagan solo sus máquinas: se interrumpe una trama de afectos, saberes y sueños colectivos.

Defender la industria es defender la soberanía del trabajo frente al mandato del descarte, es afirmar que el país no se construye desde los mercados, sino desde las manos que todavía creen en el valor de producir juntos.

Un ejemplo más de que la economía libertaria no flexibiliza: arrasa.

El trabajador que pierde su empleo no es “inútil”: ha sido despojado de sentido. Sin embargo, en esa precariedad emerge algo luminoso, una costurera que dice: “si no laburamos juntos, no salimos”. La solidaridad aparece como la última trinchera frente a la intemperie neoliberal.

Capítulo 3. Universidad pública: docentes y estudiantes en el ajuste

Las cámaras entran a la Universidad Nacional de José C. Paz. El capítulo retrata el esfuerzo y el compromiso de una docente y una estudiante para sostener la educación pública.

Las universidades públicas del conurbano son uno de los gestos más transformadores de la democracia argentina.

Nacieron donde antes no había más que exclusión y distancia, y convirtieron a la educación en un derecho efectivamente accesible. En sus aulas se mezclan trabajadores, madres, jóvenes que son los primeros de sus familias en llegar a la educación superior. Allí, el saber no es un privilegio sino una herramienta para habitar el mundo con más conciencia y menos miedo. En tiempos en que el neoliberalismo busca reducir la vida a cálculo y competencia, las universidades del conurbano enseñan algo disruptivo: que el conocimiento puede ser también una forma de ternura colectiva, un modo de reconstruir el lazo social que la motosierra intenta romper. Claramente, son una vía de movilidad social y cultural: amplían derechos, acercan saberes, permiten estudiar y trabajar.

La época no busca sujetos críticos, sino individuos de rendimiento. Por eso la universidad pública se vuelve subversiva: enseña a pensar, a nombrar lo injusto, a desobedecer. El saber no es mercancía, sino deseo: el deseo de transmitir lo que aún puede unirnos.

Capítulo 4. Salud pública: el residente

El último episodio se instala en los pasillos del Hospital Posadas.

Un residente relata jornadas infinitas, sueldos insuficientes y una fatiga que no se cura. El cuerpo del trabajador de la salud se convierte en territorio de la biopolítica: el poder que decide quién merece ser cuidado y quién puede morir.

Foucault lo advirtió: la soberanía moderna se mide por la capacidad de “hacer vivir o dejar morir”.

El Hospital Posadas es mucho más que un edificio o una institución sanitaria: es un símbolo de la salud entendida como bien común. En sus pasillos se condensa la historia de un país que quiso que el derecho a ser cuidado no

dependiera del dinero. Allí trabajan médicos, enfermeros y residentes que sostienen la vida con un esfuerzo que no figura en ninguna estadística.

El Posadas encarna la dimensión más humana del Estado: la que abraza, repara y acompaña. Por eso cada intento de vaciarlo o privatizarlo no es solo un ajuste presupuestario, sino una forma de violencia contra la idea misma de comunidad. Defender el hospital público es defender la posibilidad de que nadie quede afuera cuando acecha la crueldad.

Como señala Byung-Chul Han (2017), el cansancio y la depresión son las enfermedades de una sociedad que se ha vuelto incapaz de detenerse. Así la crueldad se vuelve un protocolo invisible: una administración del desgaste. Julieta Calmels (2025), subsecretaria de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires, señala que no se trata de depresiones individuales, sino de síntomas colectivos. No fracasa el residente: enferma el sistema.

Cada época produce sus propios modos de locura. El neoliberalismo produce la del rendimiento sin fin.

Qué queda en pie

Cuando acecha la crueldad no busca lágrimas: busca comprensión.

Muestra cómo la política del daño se naturaliza y cómo el malestar se organiza como forma de vida. Giorgetta lo traduce en imágenes: un país donde el sufrimiento se gestiona como eficiencia. Milei no solo quiere destruir el Estado, sino al Estado como sentido de comunidad, como el lazo que nos vuelve humanos. Intenta destruir el nosotros: una sociedad que busca abolir el conflicto, pero también la posibilidad de transformación, que nos mantenga anestesiados.

La serie no describe víctimas: narra historias de dignidad. Todos hablan con una calma que impacta. Como dijo

Fede Vázquez (*Futurock*) durante la presentación de la serie, la serenidad de los protagonistas contrasta con la violencia discursiva del gobierno y de las redes. Esa calma no es resignación, sino la dignidad de quien sobrevive a la catástrofe. Y en ese gesto —ético, político, estético— nos devuelve una certeza mínima pero imprescindible: la motosierra corta, pero no puede cortar el deseo de seguir vivos.

Referencias bibliográficas

- Calmels, J. (2025). *La experiencia argentina de invención de nuevos campos de intervención en salud mental: El acompañamiento a víctimas*. *Salud Pública*, Revista del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Del Do, A. y Calloway, C. (comps.) (2025). *Consumos problemáticos y derechos humanos: Perspectivas comunitarias*. TeseoPress.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (2003). *El malestar en la cultura* (1930). En *Obras completas* (vol. XXI). Amorrortu.
- Giorgetta, S. (dir.) (2025). *Cuando acecha la crueldad* [serie documental]. Producción independiente.
- Han, B.-C. (2017). *La sociedad del cansancio*. Herder.
- Kreplak, N. y Comes, Y. (2024). *Manual de salud pública: Conceptos y herramientas para futuros sanitaristas*. Siglo XXI Editores.
- Kristeva, J. (1988). *Poderes de la perversión: ensayo sobre la abyección*. Siglo XXI.
- Rugna, D. (2023). *Cuando acecha la maldad* [película].
- Wood, R. (2003). An Introduction to the American Horror Film. En *Hollywood from Vietnam to Reagan... and Beyond* (pp. 70-94). Columbia University Press. (Trabajo original publicado en 1979).

¡No miren arriba!¹

Estamos conociendo por primera vez un fin de época.

Jorge Alemán (citado en Yaccar, 2021)

En la presentación de la película *¡No miren arriba!*, Leonardo DiCaprio señala: “el mundo se está desmoronando y parece que a nadie le importa”. No queda claro si se refiere a la actualidad o al film que presentaban, ya que ambos escenarios coinciden en muchísimos puntos.

Don't Look Up es cine catástrofe en tono de comedia, nos adentra con humor negro en el final de una era. Claramente, uno de los atractivos interesantes del film radica en que nos encontramos atravesando una catástrofe a nivel mundial. Interesante por varios motivos.

Describe muy bien el rol de las redes y los medios de comunicación frente a la realidad social. Cómo el egoísmo imperante y la frivolidad de la vida han calado tan hondo que afirmar que quedan seis meses y catorce días de vida en el planeta cuesta que sea una noticia relevante. Frente a tal gravedad, periodistas y una gran parte de la sociedad se encuentran inmersos y “preocupados” por los vaivenes de una pareja de músicos mediáticos, una “conmoción” muy similar a la que sucedió en Argentina por los pormenores del vínculo de un jugador de fútbol y dos mujeres muy conocidas.

En términos de Slavoj Žižek (2017), podemos observar una conciencia cínica extendida que, aun sabiendo la cercanía de la catástrofe, sigue en el “boludeo cotidiano” que impide todo tipo de cuidado para sí o para otros. La ilusión de que la relación con los objetos da sentido a la existencia,

¹ Publicado en *Agencia Paco Urondo* el 11 de abril de 2021.

cuando en realidad deja al desnudo el sinsentido, frivoli-za incluso la muerte. Todo se transforma en inauténtico e impropio.

Otro punto es la utilización política de la catástrofe. Aquí observamos, como en la actualidad, la capacidad de los partidos de derechas para diseminar mecanismos de negación en la población, tan efectivos como costosos para la vida. También sus enormes recursos para sembrar odio hacia cualquier valor moral de carácter progresista, de modo que llegan incluso a atacar a la comunidad científica, ridiculizando sus estudios e investigaciones, poniendo en duda su saber desde la más absurda ignorancia. Todo en nombre de la “libertad”, una falsa libertad para que el 1 % más rico decida los destinos del mundo, para intentar apagar cualquier deseo individual o colectivo de luchar por un mundo mejor para todos y todas.

“En los últimos años hubo muchas personas absurdas que se posicionaron en cargos públicos, y lo hicieron descaradamente”, dijo Meryl Streep, quien en la película interpreta a la presidenta de los Estados Unidos. Personas absurdas, cínicas e insensibles que solo buscan el rédito político, y si para ello tienen que perjudicar a su propio país, no hay miramientos. La violencia verbal se instala como un arma que fomenta el odio y la fragmentación social. “No mires para arriba, mirá tu celular”.

Otra situación tragicómica es la del “gurú de la tecnología”, personaje que desde su poder económico incide de manera brutal en las decisiones de la presidenta de Estados Unidos. Empresarios neoliberales que los medios masivos de comunicación exaltan como exitosos, siempre haciendo *lobby* para más ganancias. En sus decisiones no importa la realidad social ni el costo sobre la humanidad. “¿Qué importan esos billones de dólares si nos moriremos todos?”, pregunta el científico interpretado por Leonardo DiCaprio.

Actualmente, somos testigos de cómo los “empresarios exitosos” aprovechan la tragedia para ganar más dinero. Para ejemplificar, podemos recordar que, en el momento de

mayor restricción circulatoria por la pandemia, la empresa “más importante y ejemplar de nuestro país” aumentó sus comisiones. Probablemente este tipo de prácticas sea la mayor inmoralidad tolerada de nuestra época.

Pero banalizar la vida y la muerte tiene sus costos subjetivos. Ni el engaño mediático ni el egoísmo pueden torcer el rumbo de la realidad que se avecina. Aquí no hay héroes, solo personas comunes queriendo evitar la extinción humana.

Sin cuidado para sí ni para otros, no hay futuro posible. A una sociedad con valores morales neoliberales solo le aguarda un destino trágico.

Referencias bibliográficas

- Alemán, J. (2016). *Horizontes neoliberales en la subjetividad*. Grama.
- Alemán, J. (2021). *Capitalismo: crimen perfecto o emancipación*. Ned Ediciones.
- Freud, S. (1930/2006). *El malestar en la cultura*. En *Obras completas* (vol. XXI). Amorrortu.
- Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder.
- Klein, N. (2007). *La doctrina del shock: El auge del capitalismo del desastre*. Paidós.
- McKay, A. (dir.) (2021). *Don't Look Up* [película]. Netflix.
- Sontag, S. (2003). *Ante el dolor de los demás*. Alfaguara.
- Yaccar, M. D. (17 de abril de 2021). Jorge Alemán: “Estamos conociendo por primera vez un fin de época”. *Página/12*.
- Žižek, S. (2017). *Porque no saben lo que hacen: el síntoma ideológico*. Editorial Akal.

27 largas noches¹

ROXANA AMENDOLARO Y ADELQUI DEL DO

La historia de la locura está también hecha de silencios, de diagnósticos que sirvieron para domesticar la libertad.

Michel Foucault (1998)

Entre la razón y la locura se juega siempre una disputa política: quién tiene derecho a decidir por los otros.

Jorge Alemán (2016)

27 largas noches, película inspirada en la novela de Natalia Zito, cuenta la historia de una reconocida escritora, artista plástica y mecenas de más de 80 años que es diagnosticada con una dudosa “demencia frontotemporal”. En 2005, enfermeros irrumpen en su departamento con autorización de su familia, y esa misma noche es internada en una clínica psiquiátrica por lo que se considera un “comportamiento extraño”: gastar su dinero, mantener una vida sexual activa y vivir de un modo “inadecuado para su edad”.

Adjetivamos como *dudosa* a la demencia porque inicialmente la tomografía no está incluida en el expediente y luego, cuando dicho estudio es localizado, la profesional que conocía a la escritora por haberla acompañado terapéuticamente durante largo tiempo determina que no es concluyente para establecer el diagnóstico referido.

Se suponen entonces otros intereses, no vinculados directamente a su salud mental. Es probable que las hijas tuvieran un genuino temor por la situación de su madre, sin

¹ Publicado en *Revista Sanitaria* el 27 de noviembre de 2025.

embargo, lo cuestionable aquí es el modo en que se conduce el proceso sin participación de la voluntad de la propia persona afectada. La internaron contra su voluntad, sin criterios psicopatológicos claros, y debió defenderse durante años de un juicio por “insania”. Durante todo ese tiempo, no pudo disponer de sus bienes ni de su dinero.

El caso muestra lo que implica la ausencia de marcos normativos que protejan derechos. Se trató de una internación decidida sin evaluación interdisciplinaria y con la sola firma de un profesional médico.

En particular desde la perspectiva de género, la situación de esta mujer es una muestra de cómo, en nuestras sociedades, se han combinado y potenciado las sistemáticas vulneraciones de derechos en el campo del padecimiento mental con las situaciones de discriminación y violencias por motivos de género. Durante largo tiempo, la dimensión de géneros y diversidad ha permanecido por fuera de las reflexiones acerca de las temáticas vinculadas a salud mental y padecimientos mentales, incluidos los consumos problemáticos de sustancias. Lo que también ha alcanzado a las/os profesionales de salud y salud mental. En los últimos años, como parte de los estudios que vinculan géneros y salud mental, en diferentes lugares del mundo, se ha venido investigando y generando evidencia acerca de la posible relación entre violencias por motivos de género (VMG) y padecimientos mentales en mujeres y diversidades. Lo que incluso ha conducido a plantear la VMG como un problema de salud pública. Y cuando hablamos de violencias, hablamos de violencias explícitas y de microviolencias cotidianas que cercenan la posibilidad de mujeres y diversidades de tomar sus propias decisiones y construir proyectos de vida autónomos.

En referencia a los sesgos de género en salud mental, se señala que estos pueden tener implicaciones importantes para la salud mental de las personas, especialmente de mujeres y diversidades. Pueden llevar a diagnósticos incorrectos, incompletos o descontextualizados, a tratamientos

inadecuados y a una mayor dificultad para acceder a la atención de salud mental que se necesite. Caponi, Martínez Villa y Amaral (2023) resaltan que los análisis continúan centrados en síntomas y criterios diagnósticos, desde un modelo biomédico, y que resulta fundamental contextualizar los padecimientos y hacer visible la brecha de género en los procesos salud-enfermedad-atención-cuidados-continuidad de cuidados, para poner en evidencia la medicalización, la biomedicalización y la farmacologización de las mujeres. Asimismo, es necesario tener presentes los modos de subjetivación tradicionales vinculados a que mujeres e identidades feminizadas se perciban como encargadas naturales de brindar cuidados, pero no con derecho a poder recibirlos, y repensar el lugar y rol de las/os profesionales de salud, que con sus prácticas pueden contribuir a cristalizar o revertir las inequidades basadas en estereotipos de género, en el acceso a la atención.

Hoy, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657² (LNSM) establece que toda internación debe contar con diagnóstico y evaluación interdisciplinarios, las firmas de al menos dos profesionales y el control del Órgano de Revisión, como garantía de derechos. Además, la Ley 26.485³, de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales, brinda un respaldo fundamental en clave de derechos humanos y géneros para

-
- 2 La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N.º 26.657 fue sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre de 2010. El objeto de la ley es asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el respeto de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental. Disponible en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
 - 3 La Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales N.º 26.485 fue sancionada en marzo de 2009 y promulgada de hecho en abril del mismo año. Disponible en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>.

producir condiciones de vida no signadas por las discriminaciones y violencias por motivos de género.

Antes de finalizar, resulta importante aclarar un error presente en el film. Hacia el cierre, aparece el siguiente texto: “Años después, Argentina sancionó una nueva Ley de Salud Mental, que prohíbe la internación sin consentimiento”. Debe subrayarse que la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) *no prohíbe* las internaciones sin consentimiento, sino que *las restringe a casos excepcionales*.

Tal como lo establece la ley, la internación constituye un recurso terapéutico de carácter excepcional, y solo puede realizarse cuando el equipo interdisciplinario de salud evalúa la existencia de *riesgo cierto e inminente para sí o para terceras personas*. Si bien no se trata de un concepto de definición sencilla, la inclusión de los términos “cierto e inminente” busca acotar posibles arbitrariedades, tanto de profesionales como de familiares.

El artículo 21 dispone que toda internación involuntaria debe ser notificada en un plazo máximo de diez horas al/a la juez/a competente y al Órgano de Revisión, y deben incorporarse dentro de las 48 horas todas las constancias previstas en el artículo 20.

Una vez notificado, el/la juez/a dispone de tres días para resolver:

- a. **Autorizar** la internación si considera que se cumplen las causales previstas en la ley.
- b. **Requerir informes ampliatorios** de los/as profesionales tratantes o disponer peritajes externos, siempre que no interfieran con la evolución del tratamiento, con el fin de evaluar la existencia de los supuestos que justifiquen la medida.
- c. **Denegar** la internación, si entiende que no se verifican las condiciones necesarias, por lo que se debe en ese caso asegurar la externación inmediata.

Otro aspecto fundamental es que toda persona internada tiene derecho a contar con asistencia letrada y que las externaciones o permisos de salida no requieren de autorización judicial.

Si bien aún resta camino por recorrer para el pleno cumplimiento de la ley, puede afirmarse que se han generado condiciones de posibilidad inéditas para que las personas con padecimiento mental no sufran violaciones a sus derechos humanos, y el proceso de transformación institucional que se viene llevando a cabo en la provincia de Buenos Aires es un claro ejemplo en este sentido⁴.

La película de Hendler nos recuerda que cada cuerpo internado sin consentimiento, cada diagnóstico usado como argumento moral constituye también una forma de violencia institucional. Rescatar estas historias es una forma de reparación individual y colectiva, y también una manera de sostener el horizonte ético que abrió la Ley Nacional de Salud Mental: el de una sociedad que cuida sin encerrar, acompaña sin someter y escucha sin patologizar.

Nombrar la locura fue, demasiadas veces, la manera más elegante de callar a una mujer.

Referencias bibliográficas

- Alemán, J. (2016, 8 de septiembre). *Capitalismo y sujeto*. Página/12. <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-308894-2016-09-08.html>.
- Amendolaro, R.; Percovich, N. y Cáceres, C. (2023). ¿Ellas se cuidan? Intersección entre géneros y salud mental de mujeres y diversidades internadas en centros de salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, Centro de Salud Mental Comunitaria “Dr. Mauricio Goldenberg”.

⁴ Calmels y Rey (2023).

- Universidad Nacional de Lanús, año 10, n.º 14, agosto. Disponible en <https://tinyurl.com/56ay8tcr>.
- Amendolaro, R.; Percovich, N. y Cáceres, C. (20 de junio de 2024). Las histéricas de Freud no mentían. *Página/12*. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/745845-las-histericas-de-freud-no-mentian>.
- Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 3 de diciembre. Disponible en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infoleg-Internet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
- Calmels, J. y Rey, M. (2023). *La reforma bonaerense en salud mental*. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en <https://tinyurl.com/ycx5sx39>.
- Caponi, S.; Martínez Villa, J. y Amaral, L. (2023). El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas. *Revista Estudios Feministas*, Florianópolis, vol. 31, n.º 1.
- Del Do, A. (2020). 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N.º 26.657. Federación Gremial de Docentes Universitarios (FEDUBA). Disponible en <https://www.feduba.org.ar/2020/11/25/10-anos-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-y-adicciones/>.
- Diez, M.; Pawlowicz, M.; Vissicchio, F.; Amendolaro, R.; Barla, J.; Muñoz, A. y Arrúa, L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Revista Salud Colectiva*, vol. 16, Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús. Disponible en <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2509>.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica: I* (J. C. B. Silva, Trad.). Fondo de Cultura Económica.
- Hendler, D. (2025). *27 largas noches* (película).

“El momento Waldo”¹

DESIRÉ CONTE Y ADELQUI DEL DO

En realidad, hay dos especies de utopías: las utopías proletarias socialistas que gozan de la propiedad de no realizarse nunca, y las utopías capitalistas que, desgraciadamente, tienden a realizarse con mucha frecuencia.

Michel Foucault (2003)

El capítulo “The Waldo Moment”², de la serie *Black Mirror*, nos invita a pensar la política contemporánea, más precisamente la democracia representativa y sus fisuras. Su punto de partida es el impacto de la tecnología y los usos de las redes sociales. Transcurre alrededor de los vaivenes de un canal de televisión.

El capítulo se presenta con una triple escena:

- un partido político elige a su candidata convocando a una audición;
- la productora del personaje protagonista de la serie lee sin sorpresa y con humor las noticias que informan la renuncia de un ministro por un escándalo en Twitter, “correspondencia inapropiada con una menor de 15 años”;
- un hombre joven está encerrado en su habitación, devastado por las circunstancias en las que se encuentra.

Estos sucesos, lejos de representar el bienestar prometido a la sociedad a cambio de votos, muestran en *off*

¹ Publicado en eticaycine.org el 3 de junio de 2021.

² “El momento Waldo”.

la insatisfacción que queda velada detrás de los medios de comunicación.

Cuando se encienden las cámaras, Waldo hace su aparición en escena.

El problema de ser invisible no es ser invisible

Waldo es un dibujo animado manejado por un joven comediante que intenta descalificar a candidatos de dos partidos tradicionales de la política inglesa, el Partido Conservador y el Partido Laborista. Dos partidos políticos con una clara y determinada tradición histórica e ideológica, pilares centrales de la democracia británica.

El personaje es construido por James Salter como una animación destinada al entretenimiento, se podría rastrear su génesis en algún rasgo del comediante. La relación del autor con su obra es de cierta indiferencia hasta que la notoriedad del oso Waldo lo invisibiliza. Sin embargo, aun así, el monto de frustración puede ser calmado al recuperar algo de *felicidad* pasajera en un encuentro fortuito con la candidata elegida por *casting*.

James vuelve a ser abandonado, de nuevo está triste, pero todavía tiene a Waldo, todavía ese oso es una guarida. Entonces se presenta a un debate con todos los candidatos, como le ordenan desde el canal, para hacer lo que sabe.

Es allí donde algo distinto ocurre, el candidato ganador ignora a Waldo y convoca al actor que le da vida, le devuelve su historia, su trayectoria miserable y su frustración; esta acción sustrae a James de la comodidad de su madriguera. Él necesitaba a Waldo más que los votantes, aunque lo odiara.

W de venganza

Alan Moore presenta en *V de Vendetta* un futuro distópico para la sociedad donde un joven revolucionario, que pretende derrocar al Estado autoritario de cualquier manera, consigue una considerable cantidad de adeptos. La novela gráfica, ambientada en Gran Bretaña, se consolida como una fuerte crítica al Partido Conservador que gobernaba en el momento.

Sin duda, una democracia representativa necesita de partidos políticos, militantes y candidatos. Sus representantes deben hacer propuestas, debatir y generar ideas para seducir a posibles votantes. No es el caso de Waldo. Waldo no hace propuestas, solo descalifica e insulta fomentando el odio hacia los políticos. Sin embargo, a partir de la exhortación del candidato conservador, lo hace de una manera distinta, observa a los candidatos en sus particularidades, deja de lado la propia diversión para realizar un reclamo que se articula al de la sociedad. Al candidato conservador lo llama “vieja actitud con peinado nuevo” y a la joven candidata laboralista, “política de carrera”. Es allí donde James se apropia del personaje por un instante y les reclama la gobernabilidad que prometen; en esa instancia, pone en común la soledad de los ciudadanos. Esa acción quedó en las puertas del acto político, pero otra vez James no puede apropiarse del esperpento que creó. Waldo hizo su ingreso triunfal al mercado esperando la oferta del mejor postor.

W nunca será V. Waldo, a diferencia de V, no ofrece una vía emancipadora.

Lo político y la antipolítica

Waldo logra captar el descontento social sobre los políticos tradicionales. Probablemente motivos no falten: pobreza, desigualdad, corrupción suelen ser problemas que las

democracias liberales no han podido resolver. Waldo representa la “antipolítica”. Su discurso expresa una de las manifestaciones de la consolidación del neoliberalismo. Como señala Jorge Alemán (2016), el neoliberalismo no es solo una ideología, sino que constituye un nuevo tipo de “racionalidad dominante”.

La “antipolítica” ubica la responsabilidad de los problemas sociales únicamente en los partidos y en los políticos, de ese modo invisibiliza la responsabilidad de otros actores sociales relevantes, como los medios masivos de comunicación, las corporaciones empresariales y el Poder Judicial. Las redes sociales, junto a los medios de comunicación, suelen ser la plataforma de las homilias antipolíticas. La antipolítica, sobre todo, intenta destituir al sujeto.

Chantal Mouffe (2009) concibe “lo político” como la dimensión de antagonismo constitutiva de las sociedades humanas, y a “la política” como el conjunto de prácticas e instituciones a través de las cuales se crea un determinado orden, que organiza la coexistencia humana en el contexto de la conflictividad derivada de lo político.

Se puede renunciar a hacer política, no a *lo político*. “El inconsciente es lo político”³.

Dimensión de la política destituyente

Otro punto central del capítulo es la aparición de una agencia de inteligencia gubernamental donde, a modo de un “Plan Cóndor Cibernético”, propone a Latinoamérica como sede de operaciones para poder desestabilizar o imponer gobiernos. Waldo no tiene pasado y su ideología puede ser maleable de acuerdo con las circunstancias. El discurso antipolítica de Waldo ha devenido objeto de consumo, y en tanto tal será funcional a quien pueda apropiárselo. El riesgo de la antipolítica es la subordinación.

³ Lacan (1992).

Una facción del gobierno ve claramente el suceso, no lucha contra el poder mediático de Waldo, no se indigna: lo compra. Para que resulte *útil* el nihilismo que lo llevó a la cima, debe mutar en el mensaje esperanzador que todos quieren creer; no hablan de propuestas políticas, sino de mensajes enviados por un “producto global de entretenimiento político”, lo convocan en tanto “asesino perfecto”. Nominación que pone de manifiesto que la intención política neoliberal solo puede ser consolidada generando víctimas. ¿Quién o quiénes son las víctimas de estas políticas?

¿Todo o nada?

Las noticias informan que la afrenta de Waldo se volvió viral en las redes virtuales. Que “aun a pesar de las acusaciones de tonterías tocó una herida” en la sociedad. Las palabras de Waldo resuenan en el espejo de James, ya no hay vuelta atrás. El producto está consolidado, la cuestión para James será acompañar a Waldo o abandonarlo. Él solo podrá alejarse pagando el costo de convertirse en paria.

El reto para la comunidad será construir otros caminos que permitan salidas hacia dimensiones humanamente habitables.

Referencias bibliográficas

- Alemán, J. (2016). *Horizontes neoliberales en la subjetividad*. Grama Ediciones.
- Foucault, M. (2003). *La verdad y las formas jurídicas* (E. Lynch, Trad.; 1.ª ed.). Gedisa. (Obra original publicada en 1973).
- Lacan, J. (1992). *Seminario 14. La lógica del fantasma*. Paidós.
- Mouffe, C. (2009). *En torno a lo político*. Fondo de Cultura Económica.

Nota final

Este libro fue escrito en un contexto político y social signado por un nuevo ciclo de ofensiva neoliberal en la Argentina, caracterizado por el cuestionamiento explícito de las políticas públicas, el desfinanciamiento del Estado y una retórica que presenta a los derechos como privilegios y a lo público como un obstáculo. En el campo de la salud mental, este escenario reactualiza viejas lógicas de ajuste, individualización del sufrimiento y desresponsabilización estatal, con consecuencias directas sobre las condiciones de vida, atención y cuidado de las poblaciones más vulneradas.

Pero este libro no nació de una reflexión abstracta ni de una exterioridad académica. Nació en los territorios, en los pasillos de los hospitales y de las cárceles, en los barrios, en las guardias y en cada espacio donde la vida se vuelve, muchas veces, demasiado pesada para ser llevada en soledad. Nació también en los organismos de derechos humanos, en sus luchas históricas y en los cuerpos marcados por el terror, que nos enseñaron que ninguna práctica en salud mental puede separarse de la dignidad humana. La escritura se nutre de una experiencia institucional concreta, desarrollada a lo largo de años de trabajo en el Estado, en dispositivos comunitarios, en la universidad y en ámbitos de defensa de derechos, allí donde las políticas públicas se encarnan —o se vacían— en prácticas cotidianas.

Las páginas que componen esta obra no buscan erigirse en un manual ni en una verdad cerrada. Son, más bien, un mapa en construcción: una tentativa de pensar cómo cuidar a otros en tiempos en los que la crueldad aparece una y otra vez como forma de organización social. La experiencia argentina lo ha dejado claro, desde el terrorismo de Estado hasta los efectos contemporáneos de la desigualdad, el encierro y la violencia institucional: la salud mental no es

un nicho técnico, sino un campo profundamente político donde se disputa el valor de la vida.

Cada práctica de cuidado, cada acompañamiento sostenido, cada internación revisada, cada externación lograda, cada red comunitaria que se construye y cada derecho que se garantiza constituyen pequeñas victorias contra el abandono y la desesperanza. Frente a la lógica del castigo, del encierro y de la exclusión, este libro intenta afirmar que hay otro modo posible: un modo colectivo, comunitario e inclusivo, que desarme las respuestas punitivas y recuerde, como enseñó Franco Basaglia¹, que la libertad no es un riesgo a evitar, sino la condición para que algo del sufrimiento pueda transformarse.

Sostener este paradigma requiere algo más que normativas, protocolos o discursos bienintencionados. Requiere voluntad política, decisión ética y un compromiso cotidiano con quienes habitan los márgenes de lo decible, lo pensable y lo visible. Requiere, también, una trama de vínculos institucionales y comunitarios que restituyan humanidad allí donde la exclusión insiste en producir desecho.

La salud mental, entendida como derecho humano, es un horizonte que se escribe todos los días: en los equipos territoriales, en las organizaciones sociales, en los barrios, en las universidades, en las instituciones que aún resisten su transformación y en los nuevos dispositivos que habilitan otras posibilidades de vida. Este libro propone seguir caminando ese horizonte incluso cuando se vuelve difícil, cuando retroceden las garantías, cuando el odio reaparece como proyecto de orden social.

Si este texto sirve para algo, quisiera que sea para recordar que la salud mental no se defiende sola. Necesita Estado, necesita políticas públicas, necesita inversión, necesita formación y necesita, sobre todo, un compromiso ético que no se negocie con el miedo ni con la crueldad. Del encierro

¹ Basaglia, F. (2008). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico* (J. J. Thomas, Trad.).

al cuidado comunitario no hay un camino lineal ni sencillo: hay disputas, retrocesos y conquistas y hay, fundamentalmente, una tarea colectiva que nos excede y nos convoca.

Porque, en definitiva, toda práctica en salud mental es una práctica profundamente política: allí donde una sociedad decide cómo cuida —o cómo abandona— a quienes sufren, se juega también el tipo de democracia que quiere construir. Este libro es apenas un aporte a ese desafío. Un desafío posible.

Agradecimientos

A mi padre, Tomás Adelqui Del Do, y a mi madre, Inés Martínez, por la constancia y la ética que marcaron mi camino. A mi hermano Dante, por su apoyo incondicional.

Al equipo de Salud Mental del CELS, por la formación, el acompañamiento y el compromiso que continúan inspirando mi práctica.

A la Cátedra de Psicología Ética y Derechos Humanos de la Facultad de Psicología de la UBA, por tantos años de debates compartidos.

A lxs queridxs compañerxs de Feduba y Enclaves, con quienes compartimos debates, militancia y la convicción de trabajar por un país más justo.

A mis queridxs y admiradxs amigxs Leo Gorbacz y Juli Calmels, por su lucidez, su ética del cuidado y por demostrar que las políticas públicas también pueden ser un acto de amor, sensibilidad y justicia social.

A lxs compañerxs Nicolás Kreplak, Federico Montero, Pablo Perazzi, Horacio Pietragalla, Belén Sotelo, Alexia Navarro, Daniela Giorgetta, Desiré Conte, Sebastián Holc y Roxana Amendolaro, por el trabajo compartido, el compromiso y las luchas que nos sostienen.

Al gobernador Axel Kicillof, por sostener una política pública de salud mental con firmeza, sensibilidad y decisión, aun en contextos adversos, y por demostrar que el Estado puede ser una herramienta de reparación y ampliación de derechos.

Agradezco a quienes hicieron posible este recorrido y este libro. A las y los colegas con quienes compartí escritura y debates —Leonardo Gorbacz, Alexandra Kohan, Esteban Rodríguez Alzueta, Desiré Conte, Cecilia Calloway, Mariano Poblet Machado y Roxana Amendolaro— por su generosidad y trabajo conjunto. Y a las y los trabajadores

de la salud mental y a las personas que confiaron en mí a lo largo de estos años, porque mucho de lo que aquí se escribe nace de esos encuentros.

A todas las personas cuyas historias, luchas y resistencias habitan estas páginas: este libro existe gracias a ellas.

A mis amigos y amigas, por el afecto, la escucha y la presencia de siempre.

En un escenario atravesado por el aumento del sufrimiento psíquico, la profundización de las desigualdades y el avance de discursos punitivos que vuelven a proponer el encierro como respuesta, este libro se presenta como una intervención política y ética urgente. La obra reúne textos escritos entre 2021 y 2025 que abordan la salud mental como un campo en disputa, donde se juegan proyectos de sociedad, modos de control social y la vigencia misma de la democracia.

Desde una perspectiva crítica, Adelqui Del Do reconstruye la historia del modelo manicomial, el aporte del movimiento de derechos humanos en la Argentina y el sentido profundo de la Ley Nacional de Salud Mental frente a los intentos contemporáneos de vaciarla o reformarla en clave securitaria. A través de análisis sobre políticas públicas, violencia institucional, consumos problemáticos y subjetividad, el texto defiende un paradigma comunitario basado en la dignidad, la autonomía y la participación social. Una apuesta clara: no hay salud mental sin derechos humanos, ni democracia posible cuando el padecimiento se gestiona con castigo, exclusión y crueldad.

Adelqui Del Do es psicólogo (UBA), especialista en Psicología Clínica. Se desempeña como director del Directorio en Representación del Estado Provincial en el Instituto Obra Médico Asistencial. Es docente de Psicología Ética y Derechos Humanos en la UBA y coordinador académico de la Diplomatura en Salud Mental y Derechos Humanos de la UNPAZ. Es integrante del Tribunal de Ética de APBA, miembro de la CD de Feduba y miembro fundador de Enclaves. Es investigador en el informe *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* y coautor del libro *Consumos problemáticos y derechos humanos: perspectivas comunitarias* (Teseo, 2025).


teseo

