

# DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL: SOBRE CONQUISTAS Y RETROCESOS

SANDRA CAPONI

Profesora catedrática de la Universidad Federal de Santa Catarina  
Investigadora del MARC - DAFITS – URV  
sandracaponi@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0001-8180-944X>

**RESUMEN:** El artículo analiza la temática de derechos humanos y salud mental, a partir del documento *Mental Health, Human Rights and Legislation- Guidance and Practice* (OMS/ONU-2023). Se destacan las contribuciones de este documento en relación con la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), de 2006, particularmente en lo que se refiere a la medicalización y al uso de psicofármacos. Se aborda la dificultad de garantizar el ejercicio de estos derechos en la vida cotidiana, a partir del relato de las personas expertas por experiencia. Finalmente, se analiza un caso concreto de retroceso de derechos, en curso en Argentina, debido a la presentación del proyecto de Ley Ómnibus, por el presidente Milei. Un proyecto de ley que contradice los marcos internacionales sobre derechos humanos y salud mental, aquí analizados.

**PALABRAS CLAVE:** Derechos humanos; legislación; modelo biomédico; discapacidad psicosocial.

## HUMAN RIGHTS AND MENTAL HEALTH: ON ACHIEVEMENTS AND SETBACKS

**ABSTRACT:** This article analyses the topic of human rights and mental health based on the document *Mental Health, Human Rights and Legislation-Guidance and Practice* (WHO/UN, 2023). The contributions of the document are discussed in relation to the 2006 Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), particularly regarding medicalization and the use of psychotropic drugs. The paper addresses the difficulty of applying and guaranteeing the exercise of these rights in daily life based on the accounts of expert experiences. It also presents an analysis of a specific case rights rollback currently underway in Argentina due to President Milei's omnibus bill, which contradicts the international frameworks on human rights and mental health.

**KEYWORDS:** Human rights; legislation; biomedical model; psychosocial disability.

## 1. Introducción

En el mes de octubre de 2023, la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos publicaron conjuntamente un extenso documento denominado: *Mental Health, Human Rights and Legislation- Guidance and Practice* (OMS/ONU, 2023), de aquí en adelante denominada Guía. Este documento fue construido a partir de la interpretación autorizada de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006), redactada por Naciones Unidas en colaboración directa con representantes de grupos de personas expertas por experiencia y sobrevivientes de la psiquiatría. La CDPD (2006) es un marco en la conquista de los derechos humanos de las personas con discapacidad, incluidas aquellas que la Convención denomina personas con “discapacidad mental” y que, más tarde, se denominarán “personas con diversidad o discapacidad psicosocial”. Estos cambios de denominación han suscitado importantes debates en los que han intervenido tanto los y las sobrevivientes o supervivientes de la psiquiatría como el discurso académico, debates que se concentran, fundamentalmente, en los llamados *dissability studies* (Berger, 2013). Con relación a los y las sobrevivientes o supervivientes de la psiquiatría, es preciso decir que se trata de una categoría construida desde los movimientos sociales en primera persona, que, posteriormente fue integrándose a los debates académicos, posibilitando una reparación epistemológica de los discursos centrados en el modelo biomédico.

La Guía para Salud mental y Derechos Humanos publicada en 2023 parte de la Convención e integra discusiones y debates posteriores a su publicación, así como los informes que cada uno de los 189 países signatarios de la CDPD enviaron para el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, un comité creado por la CDPD. También integra los informes realizados por el relator especial de la ONU para Salud Mental, Danius Puras. Allí, se proponen cambios significativos en la organización, financiación y prestación de servicios de atención de salud mental, que garanticen un desplazamiento desde un modelo médico- psiquiátrico hacia un modelo centrado en los determinantes sociales y en los derechos humanos de las personas con padecimientos psíquicos (Menéndez, 1979).

## 2. Un paradigma centrado en derechos

*Mental Health, Human Rights and Legislation - Guidance and Practice* (OMS/ ONU, 2023), que aquí será analizado, parece haber conseguido plasmar las esperanzas y las expectativas de todos aquellos que, desde hace muchos años, adoptamos una posición crítica frente al alcance y límites del poder psiquiátrico, para todos los que argumentamos que es necesario y urgente cambiar radicalmente el modelo de salud mental hoy existente, centrado en diagnósticos ambiguos y terapéuticas iatrogénicas.

Esta Guía es un fuerte alegato en favor de la libertad y de la defensa de derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Está estructurada en tres capítulos y una “Lista de verificación”, que es un auxilio para evaluar si las legislaciones de Salud Mental y las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, vinculadas a la CDPD, se cumplen. Inicia con un glosario donde queda claramente definida la posición crítica adoptada en relación con el modelo biomédico, hegemónico en el campo de la salud mental:

“El modelo biomédico de salud mental se basa en la idea de que las condiciones de salud mental son causadas por factores neurobiológicos (1, 2). Como resultado, la atención a menudo se centra en el diagnóstico, la medicación y la reducción de síntomas, en lugar de considerar toda la gama de factores sociales y ambientales que pueden afectar la salud mental. Esto puede llevar a un enfoque estrecho de atención y apoyo que puede no abordar las causas fundamentales de la angustia y el trauma.” (OMS/ ONU, 2023: XIII)

La Guía (OMS/ ONU, 2023) analiza los desafíos asociados con la legislación actual sobre salud mental y describe los principios y temas que deberían incorporarse en las legislaciones sobre salud mental en los diferentes países, para adecuarse al mandato de derechos establecido por la CDPD, que es un tratado de derechos vinculante. Explicita cómo proceder para desarrollar, implementar y evaluar la legislación relacionada con la salud mental, siguiendo un proceso basado en derechos.

La Guía adopta, como punto de partida, una perspectiva histórica. Pues, si desconocemos que, durante casi 200 años, la salud mental ha

estado atravesada por una legislación que acepta y normaliza el ejercicio de la violencia y el poder médico, nunca podremos entender la persistencia de las medidas coercitivas legalmente aceptadas, el silenciamiento de las voces de los y las pacientes, y su correlato, la autoridad absoluta de la palabra y de los dictámenes de la psiquiatría. En este sentido, la tesis de Beatriz Pérez-Pérez (2023), titulada “Una genealogía de la matriz de poder moderna: Lo humano, el derecho y la locura”. Parte de esa historia está presente en la Guía:

“La ley francesa de salud mental de 1838 y la Ley de Locura inglesa y galesa de 1890 representan dos de los primeros y más influyentes esfuerzos para regular la admisión y el tratamiento de la salud mental en la era moderna. Estas leyes consolidaron el paternalismo y las nociones de ‘peligrosidad’ en el campo de la salud mental al introducir nuevos procedimientos que autorizaban el internamiento obligatorio en una institución de salud mental basado en la ‘necesidad de tratamiento’ o un supuesto ‘comportamiento peligroso’, que siguen justificando el ingreso involuntario y tratamiento hasta el día de hoy.” (OMS/ ONU, 2023: 11)

La historia de la psiquiatría está atravesada por esa idea de intervención coercitiva, arrogándose el poder de poner en suspenso el ejercicio de los derechos, de aquellos que el poder psiquiátrico considera peligrosas para los otros o para sí mismas. Esa idea se mantiene hasta hoy, legitimando violaciones de derecho a las personas usuarias de los sistemas de salud mental, consolidando intervenciones paternalistas y basadas en un “modelo biomédico reduccionista”.

“Cada vez se reconoce más que la salud mental y el bienestar están íntimamente relacionados con el entorno social, económico y físico de una persona, incluida la exposición a la pobreza, la violencia y la discriminación. Sin embargo, [...] el modelo biomédico, que se centra predominantemente en el diagnóstico, la medicación y la reducción de los síntomas, prevalece en todos los sistemas de salud mental existentes. Como resultado, los determinantes sociales que impactan la salud mental de las personas a menudo no se tienen en cuenta, lo que resulta en ciclos repetidos de trauma, exclusión y violencia.” (OMS/ ONU, 2023: 10)

En este sentido, la Guía refuerza los derechos definidos por la CDPD. En relación con el artículo 12 sobre el derecho a decidir, esta afirma que “la capacidad jurídica es una condición previa para el ejercicio de los derechos y para la toma de decisiones autónomas en materia de atención de salud [...] En consecuencia, la “capacidad mental” de una persona no puede ser base para denegarle la capacidad jurídica” (OMS/ ONU, 2023: 19).

Refuerza también el art. 14.º de la CDPD, que garantiza que la atención sea realizada en libertad y sin coerción, cuestionando cualquier tipo de internamiento involuntario en centros de salud mental, incluso por motivos de “peligrosidad” o “necesidad de atención”.

“A pesar del creciente consenso entre los expertos y mecanismos de derechos humanos sobre estos estándares, se sigue manteniendo que el internamiento involuntario puede ser necesario en circunstancias excepcionales para proteger a las personas de daños graves o para proteger a otros. Esta diferencia de criterios refleja [...] las tensiones entre las normas de la CDPD y los enfoques anteriores.” (OMS/ONU, 2023: 20)

Existe una contradicción clara entre aquellos procedimientos coercitivos que han marcado la historia de la psiquiatría, como el internamiento involuntario y la pérdida de derechos, y una nueva perspectiva de atención centrada en la persona y basada en derechos inaugurada por la CDPD. La Guía garantiza el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art.19 de la CDPD). Es decir, afirma que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de elegir su lugar de residencia en igualdad de condiciones con las demás, no deben ser obligadas a vivir en instituciones de encierro y deben recibir atención comunitaria.

Destaco como un hecho particularmente relevante, el reconocimiento de la obligatoriedad del consentimiento libre e informado para cada intervención, para garantizar los derechos a no coerción, autonomía y libertad:

“Actualmente, la mayoría de las leyes de salud mental continúan restringiendo el derecho al consentimiento libre e informado para el

tratamiento de personas con condiciones de salud mental y discapacidad psicosocial, y favorecen la toma de decisiones sustitutas [...]. Se necesita un cambio fundamental para crear un marco legal propicio para el desarrollo de servicios de salud mental que basen todas las decisiones de tratamiento en el consentimiento libre e informado del individuo.” (OMS/ONU, 2023: 27)

El tratamiento sin consentimiento, esto es, involuntario, debe interpretarse como una violación al derecho a la salud, a la capacidad jurídica y, también, como un modo de infringir tortura y malos tratos a los pacientes (Sashidharan *et al.*, 2019).

Hasta aquí la Guía (OMS/ ONU, 2023) retoma las normas establecidas por la CDPD (2006), y propone una legislación que garantice los derechos de las personas con discapacidad psicosocial que fueron violados a lo largo de la historia, por la propia lógica del poder psiquiátrico. Un saber centrado en la figura del enfermo mental como sujeto peligroso e incapaz de ejercer su autonomía jurídica y económica. Reconoce que históricamente estas violaciones de derechos afectaron de manera agravada a mujeres, disidencias, transexuales y niños e identifica la persistencia de abusos de poder en el campo de la salud mental, como contenciones mecánicas y químicas, uso de electrochoques, internación involuntaria y aislamiento, en diversos países del mundo.

Para las personas con sufrimiento psíquico que no han sido institucionalizadas, la Guía contribuye a garantizar sus derechos, cuando rechaza cualquier forma de reduccionismo psiquiátrico centrado en diagnósticos y terapéuticas psicofarmacológicas, que desconozca los contextos sociales adversos que provocaron los padecimientos psíquicos, como pobreza, estigma y excusión social. La Guía integra, así, los informes de Danius Puras, exrelator especial del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas entre los años 2014 – 2020, cuya función fue oficialmente denominada “Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Tanto en Puras (2017) como en la Guía se considera que la legislación sobre salud mental debe adoptar una nueva dirección que ya no esté centrada en lo que se define como “paradigma biomédico”. Ambos reconocen

que este paradigma ha impuesto vínculos coercitivos y limitantes para las personas usuarias de los sistemas de salud mental.

“La Guía propone nuevos enfoques, como establecer un mandato claro para que los sistemas de salud mental adopten enfoques basados en derechos; permitir servicios centrados en la persona y basados en la comunidad; aumentar la conciencia y desafiar el estigma; erradicar la discriminación y la coerción; promover la inclusión y participación comunitaria; y desarrollar medidas de rendición de cuentas.” (OMS/ONU, 2023: xvii)

Para entender qué es lo que realmente ocurre con las vidas de estas personas que han sido tratadas en el marco del paradigma biomédico tradicional, debemos escuchar atentamente lo que ellas tienen para decir, integrando sus experiencias para la construcción de un paradigma de salud mental basado en derechos. Debemos estar atentos a qué es lo que ellas consideran como situaciones de abuso, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas, solicitar el envío de informes de situación en cada país, a fin de identificar violaciones de derechos o legislaciones que no contemplen los derechos humanos en los Estados Parte.

“Cualquier nueva dirección requiere la participación y colaboración de aquellos con experiencia vivida, incluida la experiencia de trauma intergeneracional, en la formulación de leyes que reflejen y respondan a sus perspectivas en la búsqueda de recuperación, reparación y curación. Este enfoque colaborativo es esencial para crear un sistema de salud mental que respete los derechos humanos, priorice la atención y el apoyo sobre el control y apoye a las personas para alcanzar su máximo potencial.” (OMS/ ONU, 2023: xvii)

Por otra parte, la Guía aborda, sin ambigüedades, el sesgo de género que atraviesa a la psiquiatría, exigiendo normativas que garanticen una atención de salud mental con perspectiva de género. Esta sostiene al respecto lo siguiente:

“La legislación puede ayudar a promover servicios con perspectiva de género al exigir que las personas que trabajan en la atención de salud mental estén informadas sobre cuestiones tales como, de qué modo las



normas y estereotipos de género y sexualidad configuran las experiencias de vida (por ejemplo, violencia y abuso); las realidades sociales, culturales y familiares del día a día.” (OMS/ ONU, 2023: 80)

De ese modo, los países signatarios de la CDPD, deberán crear legislaciones que penalicen prácticas discriminatorias de género, orientación sexual o identidad, particularmente en lo que se refiere a la práctica de esterilización y aborto forzados, aún bastante común en algunos países. Además, dichas legislaciones también deberán indicar la necesaria prohibición de cualquier tipo de “Terapias de conversión”, destinada a modificar la orientación sexual de una persona.

Sabemos que fueron muchas las luchas de feministas (Chesler, 1983; Ussher, 2011) y de activistas por los derechos humanos, que posibilitaron estas conquistas de derechos de las mujeres, y es en esa línea que se inscribe el informe presentado ante la Asamblea de Naciones Unidas en 2017 por Danius Puras, donde se reconoce claramente el impacto del sesgo de género en la salud mental:

“37. Los estereotipos perjudiciales (incluidos los estereotipos de género) y la estigmatización en el marco de la comunidad, la familia, la escuela y el lugar de trabajo socavan las relaciones saludables y desmantelan los entornos de apoyo e inclusión que se requieren para la buena salud mental y el bienestar de todos.

67. Los programas de prevención de la violencia juvenil, deben incluir iniciativas sensibles a las cuestiones de género y que transformen las normas de género. [...] reducir los efectos tóxicos de los estereotipos de género perjudiciales en etapas posteriores de la vida.” (Puras, 2017: 15)

Algo semejante ocurre en lo que se refiere a salvaguardar los derechos en el campo de la salud mental de niños y jóvenes. La Guía indica la necesidad de crear legislaciones adecuadas a la edad, que permitan distinguir las necesidades específicas de cada grupo, garantizando, por ejemplo, el acceso a actividades recreativas adecuadas para niños y adolescentes, así como también el acceso a servicios que protejan a los niños cuando están sometidos a situaciones adversas como el *bullying*, el asedio moral, la violencia familiar, etc. Para eso es necesario que las opiniones de niños

y adolescentes sean “escuchadas y se les tenga debidamente en cuenta” (OMS/ ONU, 2023: 83).

Otra preocupación de la Guía es el tema de las personas que sufren prejuicio racial, racismo institucional u otro tipo de discriminación, pues todas estas situaciones tienen un impacto directo en su salud mental. Para eso es necesario crear normas y leyes específicas que integren y discutan el sesgo racial presente en el campo de la salud mental, aunque ese problema deberá ser abordado y reconocido en otros espacios, como en la formación médica, la justicia y la educación. Se afirma, en este sentido, lo siguiente:

“Se deben crear legislaciones que exijan la formación de profesionales, médicos, juristas, asistentes sociales, en una perspectiva centrada en derechos humanos que penalice cualquier forma de racismo. La legislación puede desempeñar un papel a la hora de abordar el racismo sistémico en los sistemas de salud mental estableciendo normas para la prestación de servicios de salud mental y responsabilizar a los proveedores por cualquier práctica discriminatoria.” (OMS/ ONU, 2023: 86)

En este sentido, es necesario que los proveedores de salud estén atentos a cómo se articulan el racismo y el trauma, y reconocer que las experiencias vividas de discriminación o racismo impactan de manera directa en la salud mental de las personas, tal como supo mostrarlo Franz Fanon en 1952, en su libro *Piel negra, máscaras blancas* (Fanon, 1952).

De acuerdo a la Guía, todas estas cuestiones vinculadas al derecho a decidir, a la autonomía jurídica, al fin de los manicomios, al sesgo de género, raza y edad deben estar presentes en las legislaciones para salud mental. Para eso, se debe garantizar la capacitación en salud mental, a partir de una perspectiva centrada en derechos, a los funcionarios de justicia, policía, funcionarios judiciales, abogados, profesionales de la salud, trabajadores sociales y educadores. De esa capacitación, deberán participar los expertos y expertas por experiencia, así como los y las sobrevivientes de la psiquiatría, a través de sus organizaciones y representantes, contribuyendo para la adecuación de las legislaciones, de la capacitación profesional y de las estrategias de implementación.

### 3. La medicalización de la vida cotidiana

Entre el año 2006 y el año 2023, muchas conquistas fueron realizadas en lo que se refiere a la protección de derechos y a la creación de marcos regulativos internacionales. Tanto los Informes de Puras como la Guía de 2023 han adoptado una posición crítica frente al impacto que la enunciación de un diagnóstico tiene en la vida de las personas, independientemente de las terapéuticas adoptadas. En el ítem 2.1.4, denominado *Desafiando el estigma y la discriminación en las comunidades*, se reconoce que en los servicios de salud mental los sesgos de género, raza o clase, motivados por prejuicios y actitudes discriminatorias, pueden conducir tanto a diagnósticos errados, como a sobre o subdiagnóstico.

Un caso concreto presente en el Informe de la RedEsfera (2023a) de América Latina lo relata una usuaria de servicios de salud mental de México. Ella cuenta que llegó al servicio de salud con síntomas evidentes de una infección, que requería la administración de un antibiótico, sin embargo, su médico le recetó un tranquilizante. El hecho de que ella ya tenía un diagnóstico psiquiátrico llevó a que su médico evaluara todos sus síntomas, fiebre y malestar estomacal, como efecto de su discapacidad psicosocial. Así, desconsiderando el diagnóstico médico, prefirió prescribir un psicofármaco, en lugar de un antibiótico.

Son innumerables las situaciones en las cuales problemas derivados de malestares de género, comportamientos indeseados en la infancia o prejuicios raciales han llevado a definir un diagnóstico de algún trastorno mental, médicamente definido, ahí donde solo había sufrimiento psíquico subjetivo. Sin duda, los criterios diagnósticos hegemónicos establecidos por Manuales como el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS) o el DSM-5 (APA, 2013) (Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales) han contribuido a multiplicar diagnósticos ambiguos para problemas de la vida cotidiana. La Guía muestra claramente la ineficacia de estos diagnósticos cuando afirma:

“Las herramientas y criterios de diagnóstico existentes han sido criticados por ser demasiado amplios y abarcadores para ser clínicamente útiles, lo que podría dar lugar a intervenciones ineficaces, estigmatizantes y perjudiciales. Como señaló el Relator Especial [...], los diagnósticos de

salud mental se han utilizado incorrectamente para patologizar identidades y otras diversidades. [...] Las personas deben tener el derecho a una segunda opinión o a rechazar un diagnóstico si creen que no caracteriza su experiencia de manera útil. Cada persona debe poder definir su propia experiencia vivida. Un diagnóstico nunca debe usarse para negar o limitar derechos.” (OMS/ ONU, 2023: 37)

La enunciación de un diagnóstico produce un impacto en la trayectoria de vida de las personas, más aún cuando se trata de niños o poblaciones vulnerables. Un diagnóstico incorrecto puede iniciar una carrera psiquiátrica que podría haber sido evitada, si se hubiera optado por abordajes interdisciplinarios, centrados en la persona y en el reconocimiento de su historia de vida (Martínez-Hernández, 2023). Por ese motivo, es esencial que las personas diagnosticadas puedan tener acceso a la mayor cantidad de información posible sobre su diagnóstico y sobre los tratamientos propuestos, así como a sus expedientes médicos, con una asesoría de apoyo.

A pesar de lo dicho hasta aquí, la problemática creciente sobre medicalización de la vida cotidiana, cuyo impacto es posible observar en el ámbito escolar y familiar, incidiendo profundamente en el dominio de la infancia y en la vida de muchas mujeres y disidencias, se menciona con cierta ambigüedad: “Aunque combatir la medicalización de la vida cotidiana está fuera del alcance de la ley, la legislación puede establecer ciertos marcos para evitar su mal uso” (OMS/ ONU, 2023: 38).

No puedo dejar de preguntar por qué razón los procesos de medicalización estarían fuera de una legislación a ser adoptada por los Estados Parte, cuando, en la propia Guía, existen inúmeros elementos que pueden contribuir de manera muy clara para desmontar los abusos de poder existentes, allí donde el poder psiquiátrico invade la vida cotidiana de miles de personas, negándoles una atención centrada en la persona y atenta en los derechos humanos.

Aunque la función de la Guía es crear marcos legales que garanticen el pleno ejercicio de los derechos humanos para las personas con discapacidad psicosocial, y aunque esté centrada en el derecho a decidir en libertad y sin coacción sobre el apoyo terapéutico, entiendo que también puede

posibilitar la creación de un marco jurídico contra las diversas formas de abuso del poder psiquiátrico que se ejercen en la vida cotidiana y fuera de las instituciones de encierro.

De hecho, la Guía contribuye para una crítica a los procesos de medicalización de la vida cotidiana cuando destaca la fragilidad de los diagnósticos y la necesidad de realizar un abordaje amplio y no reduccionista a los problemas de salud mental. Cuando nos obliga a promover un análisis del impacto que un abordaje biomédico de la salud mental puede tener en la vida de mujeres y disidencias, en las infancias y en la vida de personas racializadas, muchas veces presas a lógicas medicalizantes, que cercenan el pleno ejercicio de sus derechos. Por fin, la Guía puede contribuir para repensar ese proceso creciente de personas que llegan a los servicios de salud demandando un diagnóstico, para sí mismo o para sus hijos, con el cual se identifican y a partir del cual construyen su identidad (Caponi, 2023). Atenta a los efectos que esas identidades medicalizadas puedan tener para la salud mental, la Guía advierte lo siguiente:

“Aunque los individuos pueden autoidentificarse con ciertas expresiones o conceptos [...] un diagnóstico de salud mental o la atribución de un estado de discapacidad nunca deberían definir a una persona: cada individuo tiene un contexto social único, personalidad, autonomía, sueños, metas, aspiraciones y relaciones.” (OMS/ ONU, 2023: 7)

Del mismo modo que existen especificaciones vinculadas a la ineficacia, amplitud y ambigüedad de los criterios diagnósticos más utilizados, y que existen descripciones vinculadas al Consentimiento libre e informado como un derecho básico y fundamental, este documento también define, claramente, los problemas vinculados a la prescripción de psicofármacos.

Tal y como lo explicitó el relator especial de Naciones Unidas por el Derecho a la Salud, cuando consideramos que la CDPD protege el derecho a la vida (art. 10), deberemos cuestionar la excesiva importancia que se da a la medicación para abordar los “problemas de salud mental”, y para resolver problemas sociales, lo que implica, en muchos casos, una violación de derechos. Ya sea porque impone diagnósticos que estigmatizan y dan inicio a carreras psiquiátricas evitables o por los efectos que el

uso prolongado de psicofármacos provoca, disminuyendo años de vida, afectando directamente la libido, provocando abstinencia en la retirada, entre otros muchos problemas.

Es particularmente relevante la exigencia de aplicar instrumentos de consentimiento libre e informado, cada vez que se prescriben drogas psicotrópicas, explicando claramente los riesgos posibles, brindando todas las informaciones necesarias, respondiendo a las dudas existentes y comunicando los impactos y efectos de estas drogas a corto y largo plazo.

“Los países deben adoptar el más alto estándar de consentimiento informado. Pueden exigir un consentimiento informado escrito o documentado (por ejemplo, expresado mediante una grabación en formato de video o audio) después de proporcionar información detallada sobre los posibles efectos negativos y positivos, y la disponibilidad de tratamientos alternativos y opciones no médicas.” (OMS/ ONU, 2023: 56)

Al mismo tiempo, deben crearse leyes que garanticen la formación de los profesionales, dirigidas no solo a médicos prescriptores, sino también a otros profesionales, para que puedan brindar el apoyo necesario a las personas que deseen disminuir o retirar los psicofármacos que les fueron prescritos. Como sabemos a través de los relatos de las personas expertas por experiencia, la tarea de retirada de los psicofármacos es muy difícil de ser realizada sin un acompañamiento médico.

Aún son pocos los profesionales del área de salud capacitados para informar a los pacientes que la ley los asiste a interrumpir el tratamiento, si así lo desean, y que puedan acompañar la retirada de manera segura, evitando sufrimientos innecesarios, derivados de los efectos de abstinencia. Tal y como afirma Martínez-Hernández *et al.* (2020): “el derecho del paciente a recibir información médicamente precisa está reconocido en muchos países, pero siguen prevaleciendo algunas prácticas de atención que limitan la participación y los derechos de los pacientes” (Martínez Hernández *et al.*, 2020: 2). Por otra parte, el impacto que estas drogas dejan en los organismos, las cuales afectan desde la libido hasta la dentadura, exige que sea realizada una evaluación de la salud física de las personas usuarias. En resumen, y siguiendo esa línea argumentativa, la Guía propone que los Estados Parte adopten legislaciones que dejen explícitamente claro que:

“La prescripción de psicofármacos se llevará a cabo dentro del marco de enfoques interdisciplinarios. Los profesionales de la salud mental tienen la obligación de informar a las personas que utilizan servicios de salud mental sobre los posibles riesgos, daños y efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo asociados con el uso de los psicofármacos propuestos, y sobre el derecho a iniciar un proceso de interrupción y recibir apoyo para hacerlo de manera segura.” (OMS/ ONU, 2023: 58)

Por otra parte, la Guía advierte que, en muchos casos, las drogas psiquiátricas son utilizadas con el objetivo de calmar o sedar a las personas. Esto puede ocurrir tanto en situaciones de crisis, con potentes antipsicóticos, como en situaciones de la vida cotidiana, por ejemplo, en el ámbito escolar, con drogas como Ritalina o Risperidona. Por ese motivo, la legislación debe contemplar la siguiente precaución:

“Los psicofármacos deben recetarse solo como respuesta a las necesidades fundamentales de la persona; deben administrarse exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, para conveniencia de terceros o para satisfacer la necesidad de apoyo terapéutico o cuidado especial.” (OMS/ ONU, 2023: 58)

La Guía se refiere también a la necesidad de evitar el uso de terapias nocivas, como las terapias electroconvulsivas (TEC) o las psicocirugías. Se afirma que la aplicación de TEC sin el debido consentimiento y sin el debido esclarecimiento sobre sus potenciales efectos adversos, constituye una grave violación a los derechos humanos.

#### 4. Avances y retrocesos

Resulta reconfortante observar un claro y sostenido avance en las propuestas legislativas realizadas desde el año 2006 hasta la reciente publicación del *Mental Health, Human Rights and Legislation-Guidance and Practice*. Estos documentos, junto a otros ya mencionados, implican una verdadera ruptura con el modelo biomédico tradicional, centrado en explicaciones biológicas y neuroquímicas reduccionistas, aunque las causas etiopatológicas de lo que se diagnostica como una enfermedad mental, permanezcan desconocidas. En ese sentido, la Guía puede afirmar, sin

ambigüedad, que la salud mental debe dejar de ser pensada en el marco estrecho del sector salud:

“Al reconocer que la salud mental y el bienestar no son exclusivos del sector de la salud, esta Guía destaca las reformas intersectoriales necesarias en los sectores social y de justicia para abordar los determinantes sociales de la salud mental.” (OMS/ ONU, 2006: 2)

Reconoce que el abordaje del sector salud, prioritariamente biomédico, se basa en criterios diagnósticos, que considera extremadamente amplios y ambiguos, definidos por consenso por la Asociación de Psiquiatras de Estados Unidos, justamente uno de los pocos países no signatarios de la Convención. Un modelo centrado en terapéuticas psicofarmacológicas e invasivas, que desconsidera los determinantes sociales que provocan sufrimientos.

Ese modelo ha estado presente a lo largo de toda la historia de la psiquiatría moderna, teniendo como condición necesaria el silenciamiento de la palabra de las personas usuarias. Una estrategia explicativa que se reitera, desde el Tratamiento Moral de Pinel (2005) a los diagnósticos impositivos de Kraepelin, quien sugería no escuchar la palabra de las personas a las que atendía (1917), pasando por las referencias a la herencia mórbida de los degeneracionistas y eugenistas, hasta la búsqueda infructuosa de marcadores cerebrales y neuroquímicos (Vidal y Ortega, 2021).

Como resultado inevitable del silenciamiento al que condena a los pacientes, ese abordaje reduccionista de la salud mental ha posibilitado la sistemática violación de los derechos humanos. Una historia de abuso de poder y destitución de la subjetividad de los pacientes, que Beatriz Pérez-Pérez narra en detalle en su Tesis doctoral (Pérez-Pérez, 2023), y que tuvo un marco de reconocimiento institucional con la CDPD.

Ese modelo de saber-poder se sostuvo a pesar de las críticas que, en los años 70 y 80, fueron realizadas por exponentes de la antipsiquiatría o de la psiquiatría crítica como Rosenhan (1973), Basaglia (1976), Foucault (2005) y Goffman (1994), entre otros, sin que alcanzaran el impacto institucional deseado. Por el contrario, la respuesta, reactiva a estas críticas, fue la consolidación de un modelo unificado y hegemónico de pensar los



sufrimientos psíquicos, a partir de los diagnósticos establecidos por el DSM-III en 1980 en American Psychiatric Association (APA, 1988).

Frente a este modelo reduccionista, la Convención, los Informes de Danius Puras, el Documento de la OMS sobre Derechos Humanos y Salud mental del año 2021 (OMS, 2021) y ahora la Guía para los Derechos humanos de 2023, aquí analizada, presentan de una manera cada vez más detallada y cuidosa, los pasos que deben ser dados para conseguir alcanzar una abordaje a la discapacidad psicosocial centrado en derechos humanos, atento a las múltiples formas de discriminación y exclusión, a las relaciones de poder y al silenciamiento al que han estado sometidos las personas usuarias de los sistemas de salud mental.

Estos documentos refuerzan la necesidad de escuchar atentamente lo que tienen para decir las personas expertas por experiencia y sobrevivientes de la psiquiatría y todas las personas con dificultades de salud mental, sean reales o percibidas. Contando con la participación efectiva de las personas expertas por experiencia.

A ellos y ellas les cabe realizar informes sobre la situación de cada Estado Parte, individualmente o por regiones, enviar notificaciones sobre violaciones de derecho o incumplimiento de las normativas establecidas en la Convención y tener una participación directa en la reformulación de políticas públicas tendientes a la conquista de derechos. En resumen, la Guía propone que los Estados Parte revisen sus legislaciones referentes a salud mental, adecuándolas a las exigencias de un modelo centrado en derechos, de modo que:

“La legislación sobre salud mental debe tomar una nueva dirección alejándose del estrecho ‘paradigma biomédico’ tradicional que ha contribuido a entornos coercitivos y restrictivos en los servicios de salud mental. Para lograr esto y abrazar plenamente los derechos humanos, la Guía propone nuevos enfoques basados en derechos: permitir servicios centrados en la persona y basados en la comunidad; aumentar la conciencia y desafiar el estigma; erradicar la discriminación y la coerción; promover la inclusión y participación comunitaria.” (OMS/ ONU 2023: XVII)

Ese marco legal está destinado a evitar la internación involuntaria, el tratamiento obligatorio y la pérdida de derechos que han marcado a la

historia de la psiquiatría biomédica, a través de un marco legislativo que posibilite, también, la búsqueda de recuperación y reparación “de aquellos con experiencia vivida, incluida la experiencia de trauma intergeneracional”.

Sin embargo, los informes realizados por expertos y expertas por experiencia en América Latina, por la RedEsfera (2023a), y en España por colectivos de personas usuarias como ActivaMent (2023), formalizado en el documento *Informe Alternativo del Reino de España para la 21ª Sesión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (ActivaMent-Hiervabuena, 2019), muestran cuanto falta aún para que las propuestas presentadas por la Guía se conviertan en una realidad tangible.

Aún son muchos los relatos de personas usuarias que narran historias de violencias sufridas en los servicios de salud mental, violencia psíquica y física, uso de contenciones mecánicas y químicas. Pienso, por ejemplo, en el relato de un experto por experiencia en Radio Nikosia (2023), que cuenta haber estado amarrado a correas de contención, aunque dijera que precisaba ir al baño, hasta que se orinó encima; o en el relato de una usuaria que, ante el miedo a cometer suicidio fue por su propia voluntad al servicio de salud, y aunque fue internada voluntariamente, luego no se le permitió salir y debió permanecer meses contra su voluntad.

Los relatos de violaciones de derechos realizados por personas expertas por experiencia son incontables, como el del usuario internado contra su voluntad por su familia, que relata que le prescribieron 13 electrochoques sin su autorización y que no pudo realizarse la terapia completa porque en la cuarta sesión de electrochoque, perdió completamente la memoria, «tuve un cuadro de amnesia», relató. A esto debemos sumarle las quejas de los pacientes por los efectos adversos de los psicofármacos, como la pérdida completa de libido y deseo sexual, el aumento incontrolable de peso y los problemas de somnolencia que producen.

Asimismo, destaco el relato de una joven paciente que, para no ser ingresada nuevamente en el hospital psiquiátrico, se ve obligada a continuar consumiendo psicotrópicos que dañan su organismo, secan su piel y la hacen perder su dentadura. Lamentablemente, solo contamos con

relatos individuales, pues, tal como lo indica el informe realizado por la RedEsfera (2023a), no disponemos aún de datos estadísticos que muestren el avance de derechos establecidos por la Convención, al menos, en los Estados Parte de América Latina.

Vemos así convivir, lado a lado, y no sin grandes conflictos, dos paradigmas de atención en el campo de la salud mental. El paradigma interdisciplinar e intersectorial, centrado en derechos humanos, comprometido con la idea de que la discapacidad psicosocial se deriva de la interacción entre personas con dificultades de salud mental y barreras sociales que dificultan la participación plena, como el estigma, la discriminación y la exclusión; y el paradigma centrado en el sector salud, eminentemente biomédico, hoy hegemónico.

Se trata de un paradigma que marca la realidad cotidiana de las personas usuarias de sistemas de salud mental, que habla de individuos aislados y se preocupa principalmente por lo que ocurre en sus cerebros, perpetuando situaciones de violencia como el encierro forzoso, el tratamiento involuntario, las contenciones mecánicas y químicas, y el aislamiento. Al escuchar el relato de los expertos y expertas por experiencia, verificamos que, a pesar de las declaraciones de defensa de los derechos de las personas con discapacidad, proclamada en los últimos 15 años:

“El legado del autoritarismo persiste en nuestras instituciones democráticas y es quizás más visible en nuestros sistemas de salud mental, que se basan en la exclusión y la institucionalización, siendo la biomedicalización reduccionista una solución común, pero ineficaz.” (Puras, 2022)

Esa persistencia se debe a que existe una férrea oposición de la psiquiatría biológica, las instituciones psiquiátricas, las corporaciones médicas y la industria farmacéutica, a aceptar la necesidad de un cambio global hacia un enfoque centrado en derechos. Los intereses económicos millonarios implicados en una visión restringida de la salud mental al sector salud han bloqueado sistemáticamente un cambio de paradigma y han atribuido toda y cualquier crítica a un ataque al “conocimiento científico” y a “la medicina basada en evidencia”, sin considerar que existen

excelentes estudios del área de las ciencias sociales y humanas que presentan evidencias contrarias al modelo reduccionista.

La negación a aceptar los límites y fracasos del paradigma biomédico se basa en un argumento repetido infinitas veces. Los defensores de este paradigma argumentan que no son suficientes los recursos destinados a la salud mental. Dicen que cuantos más recursos haya mejor podrán resolverse los innúmeros problemas existentes, tales como, la existencia de una sociedad cada vez más medicalizada, índices de suicidio crecientes, más problemas de salud mental en la población adulta e infantil. Este argumento falaz se ha repetido innúmeras veces.

Sin embargo, los millonarios recursos invertidos hasta hoy no permitieron que se encontraran aún las redes etiopatológicas de las llamadas enfermedades mentales (Martínez-Hernández, 2023), mientras tanto, los abordajes centrados en los determinantes sociales que provocan sufrimientos y pérdidas de derechos son simplemente desconsiderados.

Como afirma Danius Puras, debemos romper con los obstáculos “que refuerzan el círculo vicioso de la discriminación, la estigmatización, la institucionalización, la coerción, la sobremedicalización y el desamparo” (Puras, 2022). Para conseguir ese objetivo, es necesario enfrentar los problemas que han marcado a la psiquiatría a través de su historia: “las asimetrías de poder, el uso excesivo del modelo biomédico y las intervenciones biomédicas, y el uso sesgado del conocimiento y la evidencia” (Puras, 2022).

Estas asimetrías de poder son inherentes a la psiquiatría biológica global, estaban presentes en los Estados totalitarios del bloque de países comunistas, forman parte de la construcción del capitalismo y se han ampliado en las sociedades neoliberales que se inician en la década de 1980. En algunos países signatarios de la convención, aunque se trate de democracias que abrazaron el régimen neoliberal, como es el caso de Alemania, existe un mayor interés en adoptar un paradigma centrado en derechos humanos. En el caso específico de Bélgica, el documento denominado *DSM (5): The use and status of diagnosis and classification of mental health problems* (Superior Health Council of Belgium, 2019) define una posición crítica de los criterios diagnósticos establecidos por el DSM y muestra las

limitaciones y dificultades de un abordaje reduccionista a la salud mental. Con mayor o menor dificultad, algunos países han comenzado a crear espacios de formación de profesionales de acuerdo con ese paradigma, creando espacios de debate que integran a los y las sobrevivientes de la psiquiatría, considerando con seriedad los informes que relatan violaciones de derecho, y construyendo legislaciones adecuadas a los principios establecidos por la CDPD.

## 5. Amenaza totalitaria: salud mental y pérdida de derechos en Argentina

Todas estas acciones, poco a poco, permiten establecer un contrapeso al *estatus quo* impuesto por el paradigma hegemónico de la psiquiatría biológica. En ese marco se sitúa la formulación de las leyes progresistas de salud mental en Europa y América Latina, centradas en los derechos humanos.

Estas legislaciones fueron promulgadas en países como Argentina o Brasil, ambos signatarios de la CDPD, con anterioridad a los gobiernos autoritarios de Bolsonaro y Milei. En Brasil, las alteraciones sufridas en el gobierno de Bolsonaro pudieron ser revertidas en el gobierno de Lula. En Argentina, en cambio, el gobierno de Milei propone una legislación que atenta contra todos los derechos conquistados en el campo de la salud mental y que representa un retroceso hacia un paradigma de negación de derechos, que desconoce los compromisos asumidos como Estado Parte, signatario de la CDPD. Se trata de un paradigma anclado en el modelo biomédico hegemónico de atención a la salud mental, centrado en el sector salud, que radicaliza las estrategias impositivas y coercitivas clásicas, para recuperar un modelo paternalista y de tutela, que creíamos superado.

Aún con grandes dificultades, el sistema de salud mental vigente hasta la llegada del gobierno de Milei estaba centrado en fortalecer abordajes en salud mental contrarios a la institucionalización psiquiátrica. La Ley de salud mental 26.657, promulgada en 2010 y reglamentada en 2013, sigue las normas establecidas por la Convención de los derechos de las

personas con discapacidad, adoptando un abordaje psicosocial de intervención, y tiene como objetivo la completa desaparición de los hospitales psiquiátricos. Fueron creados diversos espacios de atención substitutiva, que conforman una Red territorial, con casas de atención y acompañamiento comunitario, centros de asistencia intermedia y otros dispositivos comunitarios. Esta ley ha sido muy contestada, desde el momento de su reglamentación hasta hoy, por el campo médico y psiquiátrico, ya que ha impedido que se alcancen los objetivos de desinstitucionalización establecidos por la ley.

En ese marco, el gobierno de Milei, fiel representante de un neoliberalismo autoritario, nostálgico de las dictaduras de Videla y Pinochet, ha emprendido una cruzada en favor de los intereses económicos de las grandes corporaciones, entre ellas, los intereses del campo médico-farmacéutico. Este es un campo extremadamente lucrativo en las sociedades neoliberales de la competición y el éxito a cualquier precio, contrario a la conquista de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, consideradas como una carga económica y social que debe ser asistida con los mecanismos clásicos del modelo biomédico: diagnósticos, psicofármacos, internación involuntaria, tratamiento coercitivo y pérdida de derechos.

La nueva propuesta legislativa para la salud mental, que forma parte del Proyecto de Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos (República Argentina, 2023), de aquí en adelante llamada Ley Ómnibus, presentada por Milei a pocos días de asumir la presidencia, desmonta en un instante lo que llevó años de lucha para conquistar: una salud mental atenta a los derechos humanos de las personas usuarias, el fin de los manicomios y la prohibición del tratamiento y la internación involuntaria.

Esa propuesta surge, pocos meses después de la publicación de la *Mental Health, Human Rights and Legislation- Guidance and Practice* (OMS-2023), para llevarnos a las épocas más oscuras de las sociedades totalitarias y antidemocráticas. De hecho, en el modelo del liberalismo autoritario seguido por Milei, que reproduce el laboratorio del neoliberalismo instalado por primera vez por Pinochet, hay una clara apuesta a una lógica

totalitaria. Para lograr ese objetivo, la Ley ómnibus, dispone que el presidente detenga la suma del poder ejecutivo y legislativo, para crear un mecanismo represivo y garantizar, así ese poder a partir de un protocolo de seguridad, centrado en la criminalización de la protesta social.<sup>1</sup>

En ese contexto, poco espacio parece quedar para reivindicar la conquista de los derechos humanos en el campo de la salud mental y es, justamente, el desmonte de todas las conquistas de derecho realizadas en ese campo lo que Milei propone con su proyecto de Ley Ómnibus, específicamente en el Capítulo VIII, artículos 618 a 625.

Contra este retroceso, distintos colectivos y asociaciones manifestaron su clara oposición al contenido de la legislación propuesta por Milei para la salud mental, a pocos días de que se difundiera el contenido de la propuesta de ley. Inmediatamente, respondieron los colectivos de personas usuarias nucleadas en la RedEsfera (2023b) Latinoamericana por las Culturas Locas, la Diversidad Psicosocial, la Justicia, el Buen Vivir y el Derecho al Delirio. El autor de la Ley de Salud Mental 26.657, Leonardo Gorbacs, advirtió sobre el retroceso, en términos de conquistas de derechos que representa esta propuesta de ley (Resnik, 2023). A su vez, la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM, 2023), a través de un Comunicado de Prensa, manifestó su absoluto rechazo, entre otras muchas manifestaciones realizadas en las redes sociales, como en el Instagram del grupo de salud mental y derechos humanos del Instituto Gino Germani (Saludmental, 2023).

Los problemas identificados por estos y otros espacios de resistencia son muy claros. Afirmar que la ley avanza sobre la normativa vigente en Argentina, la Ley 26.657 está centrada en el objetivo de “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”

---

1. Este manuscrito fue enviado para evaluación cuando la propuesta de modificación de la Ley de Salud Mental en Argentina, incluida en la Ley Ómnibus, entraba en la pauta de debate legislativo. Felizmente, la sección referida a la Salud Mental debió ser retirada ante la resistencia de la comunidad de personas usuarias y profesionales. Sin embargo, esa propuesta puede retornar. Aún está en discusión en el Congreso una versión reducida de la Ley Ómnibus que, de ser aprobada, habilitaría esa posibilidad.

(República Argentina, 2010). Sin embargo, esta ley no llega a prohibir las internaciones involuntarias; es decir, que no está plenamente adecuada a los principios de la CDPD, aun cuando represente un avance en relación con las legislaciones anteriores, centradas exclusivamente en el tratamiento en instituciones monovalentes, que permiten prevenir abusos y garantizar derechos para las personas con discapacidad psicosocial.

La sustitución de la Ley 26.657, por la Ley Ómnibus propuesta por Milei, contradice los preceptos fundamentales establecidos en la CDPD, en la medida en que facilita las internaciones involuntarias, ampliando el listado de excepciones contempladas en la ley: habilita el regreso de los manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados; y permite la creación de comunidades terapéuticas, de gestión pública o privada y espacios muy lucrativos, caracterizados por la violación de derechos, destinados a personas usuarias de alcohol y otras drogas. Las comunidades terapéuticas, reivindicadas por Milei, no pertenecen a la red del sistema comunitario de atención psicosocial ya mencionado. Se trata de espacios dirigidos a usuarios de drogas, que muchas veces llegan por un proceso de internación involuntaria, generalmente se trata de espacios de gestión religiosa, caracterizados por intervenciones coercitivas y violentas, por el encierro e inclusive por la imposición de trabajos forzados, tal como fue denunciado en diversas oportunidades.

Por otra parte, excluye la cooperación de las personas expertas por experiencia, cuando elimina la participación de representantes de organizaciones de personas usuarias del Órgano de Revisión. Vuelve a tutelar y judicializar personas con padecimiento subjetivo, restringiendo los derechos y la autonomía de las personas usuarias de los sistemas de salud mental. Esto es, habilita a que un juez pueda ordenar la internación involuntaria de una persona, de acuerdo a sus convicciones, prescindiendo de la evaluación del equipo interdisciplinario.

La propuesta de Milei nos retrotrae, así, a un mundo anterior a los tratados aquí analizados, un mundo donde es posible prescindir de las básicas garantías de derechos humanos, donde cada uno impone su voluntad por la fuerza, donde podrá ser internando quien incomode,



judicializando sus derechos, restringiendo su autonomía y capacidad de decisión. En ese contexto, sabemos que todos los avances representados por las legislaciones, desde la CDPD al documento *Mental Health, human rights and legislation- Guidance and Practice* (OMS/ONU-2023), poco margen encuentran para poder imponerse. Tal como afirma el comunicado de prensa de la Asociación Argentina de Salud mental:

“En efecto, en este proyecto se evidencia que su texto ignora estándares, tratados, convenciones y acuerdos internacionales asumidos por el Estado Argentino ante los diferentes organismos internacionales de los que nuestro país forma parte y está obligado a cumplir.” (AASM, 2023)

Este comunicado es una estrategia característica de los gobiernos totalitarios, que parecen reproducir, una y otra vez, los deseos autoritarios y egocéntricos de refundar la República desde la nada. Como si no existiera una historia de derechos conquistados, como si no existieran tratados y pactos internacionales, con los cuales los Estados Parte han asumido compromisos que deberían ser honrados en favor de las personas con discapacidad psicosocial.

En directa oposición a la propuesta presentada por Milei en su llamada Ley Ómnibus, el modelo centrado en derechos propuesto en la Guía de la OMS (2023) busca fomentar reformas que promuevan, protejan y defiendan los derechos, no solo de las personas que han sido institucionalizadas, sino también de:

“Todas las personas que interactúan con, o se benefician de, sistemas y servicios de salud mental, sin importar cuál sea la causa de su condición, su diagnóstico o discapacidad psicosocial, o cómo pueden identificarse. Esto incluye a las personas que experimentan angustia o crisis a corto plazo, aquellas con problemas de salud mental, discapacidades psicosociales, discapacidades intelectuales o afecciones neurológicas, y personas que consumen drogas.” (OMS/ ONU, 2023: 2)

Esto es, un inmenso grupo de personas con padecimientos psíquicos, más o menos graves, que quedarán completamente desprotegidas y sin garantía de derechos, si se aprobara la Ley Ómnibus propuesta por Milei.

El día 19 de febrero, la OMS y la Organización Panamericana de Salud (OMS/OPS, 2024) emitieron un duro documento que desmonta, uno a uno, los argumentos presentados en el proyecto de Ley Ómnibus redactado por Milei. Allí se refiere a los antecedentes normativos establecidos por la Ley de 26.657 y a las dificultades de implantación, pero deja absolutamente claro que la Ley Ómnibus representa un grave retroceso para la salud mental en Argentina. Esto, en la medida que ese proyecto permite que un juez pueda decidir la internación, habilita las comunidades terapéuticas, reduce el foco en las intervenciones comunitarias, amplía las causas de internación involuntaria, perpetua internaciones prolongadas al impedir que un defensor solicite externación y elimina la prohibición de crear nuevos manicomios. Todas estas alteraciones presentes en la Ley Ómnibus nos retrotraen a un tiempo que ya ha sido superado por las normas internacionales vigentes, particularmente por la CDPD y por el documento *Mental Health, Human Rights and Legislation-Guidance and Practice*.

Felizmente, la sección dedicada a la Salud mental debió ser retirada del proyecto de Ley Ómnibus, ante las resistencias que suscitó en la comunidad, fundamentalmente entre los y las sobrevivientes de la psiquiatría, los colectivos de personas usuarias y un grupo de profesionales críticos del modelo médico hegemónico. La Ley Ómnibus aún está en discusión y nada indica que, futuramente, el apartado dedicado a Salud mental aquí analizado no pueda volver a ser presentado. Lo cierto es que, la mera enunciación de esta propuesta de ley debe suscitar análisis y reflexión. Ella representa un retroceso que contradice todos los pactos internacionales de derechos humanos aquí analizados, negando todas las conquistas de derechos en el campo de la salud mental, a las que substituye por un sistema donde reina la desigualdad, las asimetrías de poder, la imposición y la fuerza, legitimando las denuncias de tratos crueles (Sashidharan *et al.*, 2019).

## Referencias bibliográficas

ACTIVAMENT (2023) *Catalunya- Colectivo Activo de Personas con la Experiencia del Trastorno Mental*. <https://www.activament.org/es/>.

- ACTIVAMENT-HIERBABUENA (2019) *Informe Alternativo del Reino de España para la 21ª Sesión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad específico sobre el Colectivo en Primera Persona; personas ex-usuarias, usuarias y supervivientes de la psiquiatría* (Discapacidad Psicosocial). [https://tbin.tnernet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCRPD%2FCSS%2FESP%2F33880&Lang=en](https://tbin.tnernet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCRPD%2FCSS%2FESP%2F33880&Lang=en).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) 5.ª ed. American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DSM-III (1988) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3.ª ed.). Barcelona: Masson.
- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL (2023) Comunicado de Prensa, 28 de diciembre de 2023. [https://www.aasm.org.ar/es/st/es.noticias.23-12-28\\_comunicado-de-prensa](https://www.aasm.org.ar/es/st/es.noticias.23-12-28_comunicado-de-prensa).
- BASAGLIA, F. (1976) *¿Qué es la psiquiatría?* Barcelona: Labor.
- BERGER, R. (2013) *Introducing Disability Studies*. Colorado: Lynne Rienner Publishers.
- CAPONI, S. (2023) *Política, Psicofármacos y Vida Cotidiana*. Barcelona: Editora Xoroi.
- CHESLER, P. (1983) *Women and Madness*. Nueva York: Avon.
- FANON, F. (1952) *Piel negra máscaras blancas*. Buenos Aires: Abraxas.
- FOUCAULT, M. (2005) *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- GOFFMAN, E. (1994) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- KRAEPELIN, E. (1917) *One hundred years of psychiatry*. New York: Philosophical Library.
- LA RED ESFERA (2023a) *Informe Regional 2023: Hacia la justicia loca y la reparación*. México: La Red Latinoamericana.
- LA RED ESFERA (2023b) *Alerta internacional: Gobierno argentino atenta contra los derechos de las personas locas, neurodivergentes, con discapacidad psicosocial y con diagnósticos de salud mental*. <https://www.redesfera.org/news/alerta-internacional---proyecto-de-%E2%80%9Cley-%C3%B3mnibus%E2%80%9D-de-milei>.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2023) *Elogio de la Incertidumbre y otros ensayos antropológicos sobre el saber “psi” y las aflicciones humanas*. Tarragona:

- Publicaciones URV. <https://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/view/551/572/1258>.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Á., PIÉ-BALAGUER, A., SERRANO-MIGUEL, M., MORALES-SÁEZ, N., GARCÍA-SANTESMASES, A., BEKELE, D. y ALEGRE-AGÍS, E. (2020) "The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study". *Social Science & Medicine*, 247: 112811.
- MENÉNDEZ, E. (1979) *Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Ed. Nueva Imagen.
- NACIONES UNIDAS (2006) *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
- OMS/OPS (2024) *Respuesta oficial de la OPS/OMS sobre el proyecto de ley Omnibus*. [https://aasm.org.ar/images/noticias/24-01-19\\_la-aasm-recibio-la-respuesta-oficial-de-la-ops-oms\\_opinion.pdf](https://aasm.org.ar/images/noticias/24-01-19_la-aasm-recibio-la-respuesta-oficial-de-la-ops-oms_opinion.pdf).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2021) *Orientaciones sobre servicios de salud mental comunitaria*. Ginebra: Ed. OMS.
- PÉREZ-PÉREZ, B. (2023) *Una genealogía de la matriz de poder moderna: Lo humano, el derecho y la locura*. Tesis de Doctorado. Universidad Autónoma de Barcelona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/689645>.
- PINEL, P. (2005 [1901]) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. París: Les empêcheurs de penser en rond.
- PURAS, D. (2017) *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Consejo de Derechos Humanos, Organización de Naciones Unidas.
- PURAS, D. (2022) "La crisis de valores de la psiquiatría mundial: Entrevista a Dainius Pūras". *Revista Viento Sur*. <https://vientosur.info/la-crisis-de-valores-de-la-psiquiatria-mundial-entrevista-a-dainius-puras/>.
- RADIO NIKOSIA (2023) *Una Plaza íntima abierta a la comunidad*. <https://radio.nikosia.org/>.
- REPÚBLICA ARGENTINA (2010) Ley Nacional de Salud Mental, Ley 26.657. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.

- REPÚBLICA ARGENTINA (2023) Proyecto de Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos. Conocida como Ley ómnibus. <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2023/PDF2023/TP2023/0025-PE-2023.pdf>.
- RESNIK, D. (2023) “Menos derechos y más negocios, claves en la ley ómnibus” *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/699320-salud-mental-milei-impulsa-el-regreso-de-los-manicomios-y-qu>
- ROSENHAN, D. (1973) *On Being Sane in Insane Places*. Bonkers Institute for Nearly Genuine Research.
- SALUDMENTAL (2023) *Instagram del Grupo de salud mental y derechos humanos del Instituto Gino Germani*. <https://www.instagram.com/saludmentalyderechoshumanos/?hl=bg>.
- SASHIDHARAN, S. P., MEZZINA, R. y PURAS, D. (2019) “Reducing coercion in mental healthcare”. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(6), 605-612. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000350>.
- SUPERIOR HEALTH COUNCIL OF BELGIUM (2019) *DSM (5): The use and status of diagnosis and classification of mental health problems*. [www.shc-belgium.be](http://www.shc-belgium.be).
- USSHER, J. (2011) *The Madness of Women: Myth and Experience*. Nueva York: Routledge.
- VIDAL, F. y ORTEGA, F. (2021) *¿Somos nuestro cerebro? La construcción del sujeto cerebral*. Madrid: Ed. Alianza.
- WHO/UN (2023) *Mental Health, human rights and legislation- Guidance and Practice*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>.