

El anuncio del cierre de manicomios de la ciudad en la prensa escrita

Autor:

Pérez Chávez, Katty

Tutor:

Pereira, Cecilia

2014

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Magister de la Universidad de Buenos Aires en Análisis del Discurso

Posgrado

Tesis
19.3.21

Tesis 19.3.21

FACULTAD de FILOSOFIA y LETRAS	
Nº 8948911	MESA
12 FEB 2014	DE
Agr.	ENTRADAS

Maestría en Análisis del Discurso

Facultad de Filosofía y Letras

Universidad de Buenos Aires

***EL ANUNCIO DEL CIERRE DE MANICOMIOS DE LA
CIUDAD EN LA PRENSA ESCRITA***

Tesista: Katty Pérez Chávez

Directora: Cecilia Pereira

Febrero 2014

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
Dirección de Bibliotecas

Dedico esta tesis a mi hijo Fernando, que me ayudó, alentó y acompañó escribiendo su tesina de grado en momentos de este trabajo.

INDICE GENERAL

	Página
INTRODUCCIÓN	
Apertura. Presentación y objetivos	11
Discurso social y argumentación en la prensa	12
Corpus y metodología	13
Organización de la tesis	15
Bibliografía	22

PRIMERA PARTE

Perspectivas argumentativas e ideológicas

Capítulo 1

ORIENTACIONES ARGUMENTATIVAS EN TRES DIARIOS DE ALCANCE NACIONAL

1.1. Discurso social, político y periodístico	27
1.2. Acuerdos y diferencias en torno al anuncio de un nuevo plan de salud mental y el cierre de dos instituciones psiquiátricas	31
1.2.1. <i>Diario La Nación. De la propuesta a la promesa resistida</i>	31

1.2.1.1. <i>La propuesta</i>	31
1.2.1.2. <i>La polémica</i>	35
1.2.2. <i>Diario Clarín. El desborde y la Justicia</i>	41
1.2.2.1. <i>Refacciones</i>	41
1.2.3. <i>Diario Página 12. Modelos</i>	45
1.2.3.1. <i>Preanuncio</i>	45
1.2.3.2. <i>En el nombre de la OMS</i>	47
1.3. Hasta aquí. Observaciones finales	52
1.4. Bibliografía y corpus	54

Capítulo 2

TÓPICOS, CATEGORÍAS VALORATIVAS Y SUBJETIVAS

2.1. Instancias retóricas e ideologema	57
2.2. Derechos humanos: un tópico común y diferentes pasiones	61
2.2.1. <i>El respeto, los respetos</i>	67
2.2.2. <i>Com-pasiones</i>	70
2.2.3. <i>Vergüenzas</i>	72
2.3. Espacios (de) otros	77
2.3.1. <i>La ciudad y el orden</i>	77
2.3.2. <i>Derechos sin espacio</i>	80
2.4. Des clausurar. Observaciones finales	82
2.5. Bibliografía y corpus	87

SEGUNDA PARTE
Heterogeneidades enunciativas y procedimientos de legitimación

Capítulo 3

LAS REFERENCIAS A LA LEY

3.1. Tradición jurídica y textos legales	95
3.2. La voz del derecho en la enunciación periodística: heterogeneidad y reformulaciones	98
<i>3.2.1. La Reformulación</i>	98
3.3. Fragmentos dialógicos: dicen que dicen...	100
<i>3.3.1. Las leyes afirman esto</i>	100
<i>3.3.2. Lo que dice la Ley</i>	102
<i>3.3.3. Compatibilidades</i>	103
3.4. Internaciones e instituciones según las fuentes jurídicas	105
<i>3.4.1. Salud Mental en la legislación local</i>	106
3.4.1.1. <i>Ley 448: Cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios</i>	106
3.4.1.2. <i>Ley de Salud de la Ciudad: Desinstitucionalización progresiva</i>	109
3.4.1.3. <i>Constitución de la Ciudad. Derechos y necesidades</i>	110
<i>3.4.2. Legislación supranacional. Estándares y Derechos Humanos</i>	111
3.4.2.1. <i>Década del '70. Declaraciones de derechos</i>	115
3.4.2.2. <i>Década del '90. Instrumentos de aplicación</i>	117
3.4.2.3. <i>Década del 2000. Conferencia OPS/OMS</i>	123
3.5. Referencias legales y reformulaciones combinadas	127

3.6. Ecos: Observaciones finales	132
3.7. Bibliografía y corpus	135

Capítulo 4

EL INTERDISCURSO DEL PLAN, MODELO Y REFORMA

4.1. Escenografía de legitimación	139
4.2. El dominio técnico	141
4.2.1. <i>Polifonía y hegemonía</i>	141
4.2.2. <i>Tipos de planificación</i>	142
4.2.2.1. <i>Variaciones del discurso de la planificación</i>	144
4.2.3. <i>Modelos de salud</i>	145
4.2.4. <i>Reformas e instituciones</i>	147
4.3. Plan/Modelo en la prensa	151
4.3.1. <i>Titulares: el pre-dominio económico y la estructuración espacial</i>	151
4.3.1.1. <i>Modelo</i>	151
4.3.1.2. <i>Plan</i>	153
4.3.1.3. <i>Reformas</i>	154
4.3.2. <i>Las diferencias en juego</i>	157
4. 4. Fuera de escena	162
4.4.1. <i>Radio "La colifata"</i>	164
4.4.2. <i>Frente de artistas del Borda</i>	166
4.5. Contradicciones. Observaciones finales	169
4.6. Bibliografía y corpus	172

TERCERA PARTE
Nombres y voces

Capítulo 5

OBJETOS DEL DISCURSO. SUJETOS E INSTITUCIONES

5.1. Los medios en la formación de identidades	179
5.2. Clases de sujetos	182
5.2.1. <i>Identidades sociales negativas</i>	183
5.2.2. <i>Perspectivas sobre la enfermedad mental</i>	187
5.3. Designaciones en los diarios	193
5.4. De-construcciones. Observaciones finales	201
5.5. Bibliografía y corpus	205

A MODO DE CONCLUSIONES

Otro cierre	209
-------------	-----

ANEXOS

<i>La Nación</i>	219
<i>Página 12</i>	223
<i>Clarín</i>	233
<i>Página de la ciudad</i>	235
<i>Perfil</i>	237
<i>Crítica</i>	239
<i>Radio La colifata</i>	241
<i>Frente de artistas del Borda</i>	245

INTRODUCCIÓN

Apertura

Presentación y objetivos

Esta tesis analiza las respuestas que dio la prensa al difundir el anuncio de que se llevaría a cabo un nuevo plan de salud mental y el cierre de dos instituciones psiquiátricas de esta ciudad, realizado por autoridades del gobierno de la ciudad de Buenos Aires (C.A.B.A) el 1 de abril de 2008.

A partir del trabajo sobre las crónicas y notas que publicó la prensa de tirada nacional sobre dicho anuncio en la primer semana de su emisión, nos proponemos desplegar los discursos e ideas que circulan sobre la "salud mental" y dialogan en los medios sobre las instituciones que se relacionan tradicionalmente con la locura como sobre los enunciados actuales que gravitan en el campo de la salud-enfermedad-atención. Para ello articulamos teóricamente la *argumentación* y el *discurso social* con teorías de dicho campo.

En primer lugar contrastamos el tratamiento que tuvo el anuncio en tres diarios de tirada nacional para, de ese modo, establecer semejanzas y diferencias entre los

mismos, con especial énfasis en las estrategias argumentativas y los posicionamientos ideológicos. Indagamos también los tópicos que sostienen los juicios sobre la enfermedad mental y la política anunciada y difundida, e identificamos las operaciones argumentativas que legitiman o no el anuncio.

Por medio del análisis de los fenómenos de heterogeneidad enunciativa, desplegamos los universos de sentido relacionados con las escenas enunciativas y las escenografías que construyen los medios. Asimismo, identificamos memorias discursivas a las que se alude en las notas, como también el intediscurso con el derecho y la planificación en salud que es referido o invocado. Finalmente, distinguimos en el análisis de las denominaciones que se manejan en la prensa las representaciones del sujeto de la enfermedad mental.

Esperamos aportar con este trabajo, a la deconstrucción de lógicas hegemónicas que dominan el discurso actual y a promover que el debate se abra a perspectivas de transformación genuina.

Discurso social y argumentación en la prensa

Las posiciones de la prensa respecto del anuncio mencionado, ponen en escena las ideas que circulan en sectores de la sociedad. Con auxilio del concepto de discurso social propuesto por Angenot nos preguntamos por esa zona particular de "las dominancias interdiscursivas, de las maneras de conocer y significar lo conocido", que "se objetiva" (Angenot, 2010: 28-29) en la prensa. Entendemos a la prensa masiva como medio de comunicación, información, y difusión, hoy potenciado por los soportes virtuales y electrónicos, que tiene una función destacada en la construcción de ideas, imágenes, adhesiones, rechazos, respecto de los temas que tratan, y según cómo lo hacen. De ahí que indagemos en dicho

medio, la relación del anuncio político con las representaciones de la locura, la salud mental y las instituciones que están implicadas.

A fin de exponer a la interpretación contextualizada, niveles opacos, que develen lo que el sujeto (en este caso de la prensa) dice por sus opciones más que por lo que se propone decir (Arnoux, 2006) recurrimos a los procedimientos de análisis e interpretación acordes a la complejidad del objeto. Por un lado, en tanto los textos argumentativos llevan al discurso discusiones, coincidencias y debates propios de algún ámbito (Pereira, 2007), nuestro análisis se ocupa de las estrategias argumentativas y posicionamientos que despliegan los diarios en sus crónicas y notas periodísticas sobre el anuncio mencionado, del diálogo que surge de la problematización y la puesta en debate de ciertos puntos de vista (Plantín, 2004) que ha seleccionado la prensa, así como de reconocer las perspectivas ideológicas en juego. Por otra parte, indagamos en los enunciados de las notas de los diarios, las configuraciones escénicas, (Maingueneau, 1997) y los fenómenos de heterogeneidad enunciativa (Authier-Revuz, 1984) que remiten a los discursos fundantes provenientes del campo jurídico y de la salud. Retomamos asimismo, por el tema y los objetivos, la perspectiva de Foucault (1976) que situaba a la locura y a sus denominaciones, en relación con la (cada) época, y los dispositivos de poder. De ahí que consideremos a la prensa de alcance masivo, como dispositivo de poder en la actualidad.

Corpus y metodología

La metodología de esta investigación es de tipo cualitativo, contando para el análisis e interpretación, con procedimientos acordes a la complejidad del objeto. Del mismo modo, el material empírico que abordamos se encuentra vinculado con el objeto de la investigación (Arnoux, 2006, 2013). A partir del análisis contrastivo de artículos periodísticos, que toma en cuenta la dimensión argumentativa y el

nivel de los enunciados, el corpus principal incluyó otros materiales requeridos por el trabajo investigativo.

El corpus principal se compone de las crónicas¹ y las notas de opinión sobre el anuncio de cierre de los hospitales psiquiátricos y un nuevo plan de salud mental, publicadas en los diarios *Clarín*, *Página 12* y *La Nación*, en la semana del 1 de abril del 2008. Es importante aclarar que no contamos con un texto "original" del anuncio; sólo hemos encontrado una crónica en la página oficial del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que fue incluida en momentos del análisis. Siguiendo una concepción que se considera en constante construcción conforme al desarrollo del análisis (Zoppi, 2003: 248), abierto a la interrogación de los datos y resultado del trabajo sobre él durante el transcurso de la investigación, hemos partido de un corpus inicial compuesto como hemos mencionado por el material periodístico sobre el anuncio publicado en la primer semana del mismo en tres diarios de tirada nacional. Este corpus presenta variaciones adecuadas a los objetivos propuestos para cada capítulo. Incluimos así notas publicadas en diarios de menor alcance que eventualmente permiten profundizar el tratamiento de algunos tópicos, la página del gobierno de la ciudad que como hemos dicho es la publicación más directa del anuncio del gobierno de la ciudad, también hemos incorporado un corpus jurídico a fin de contrastar las referencias a la ley y al derecho realizadas en las crónicas y notas, como también materiales publicados y difundidos en internet que permiten conocer los puntos de vista de quienes no fueron registrados por la prensa² del corpus principal.

¹ Utilizamos el término de crónica periodística para referir a un estilo "impersonal, frío, en apariencia objetivo y omnisciente" que se diferencia notablemente de la crónica que proviene de un "periodismo subjetivo" según conceptos de Jaramillo Agudelo (2012:24).

² La prensa de nuestro corpus refiere a diarios de alcance nacional y de mayor tirada que también llamaremos "prensa masiva".

Organización de la tesis

Este trabajo se presenta en tres partes congruentes con los objetivos: La primera trata las respuestas y posiciones argumentativas que elaboran los diarios acerca del anuncio oficial del cierre de dos instituciones psiquiátricas y de un nuevo plan de salud mental para la ciudad de Buenos Aires. La segunda comprende el interdiscurso con el derecho y con la planificación en salud. Nos ocupamos así de las formas en que se presenta la *heterogeneidad enunciativa*, que Authier-Revuz (1984) denomina *mostrada y constitutiva*. La tercera parte aborda la construcción de objetos en el enunciado y la subjetividad que emerge del análisis de las denominaciones; las identidades, los procesos de identificación y las voces que se excluyen.

Primera parte: Perspectivas argumentativas e ideológicas

La primera parte se inicia con el **capítulo 1** que aborda la respuesta de los tres medios periodísticos –y cada uno- al difundir el anuncio. Analizamos para ello los encadenamientos argumentativos que se desarrollan, y considerando la propuesta de Perelman (1997) buscamos establecer cuáles son los acuerdos que permiten transferir la adhesión del público destinatario las perspectivas que adoptan los diarios.

El discurso de crítica a un cierto estado de cosas relativas a la internación psiquiátrica, representada por ejemplo en las condiciones edilicias de las instituciones “Borda” y “Moyano”, se presenta en los guiones periodísticos como premisa o punto de acuerdo global que condensa un recorte, un fragmento del discurso social y la memoria histórica respecto del discurso de la locura, la cura, y la crítica al encierro como respuesta a problemáticas del sufrimiento psíquico.

Asimismo, en las respuestas que los medios formulan se producen variaciones, diferencias en torno a problemas y el recorte de perspectivas argumentativas que son puestas en diálogo (Plantín, 2001). Apoyándonos en el concepto de desdoblamiento o disociación estructural de la destinación, que aporta Verón

(1987) para el estudio de la enunciación política, articulamos las posiciones valorativas que van adoptando los medios en relación con la destinación y las voces de autoridad a las que apelan. A lo largo del capítulo es posible establecer cómo las diferencias de orientación argumentativa de los medios y las variaciones que se producen entre las notas, se enlazan con las matrices del sistema de reglas de legitimación predominante en que se basan los acuerdos y constituyen lo que hemos denominado “espacio común de desacuerdo, hegemónico”.

Una vez establecidas las principales direcciones y transformaciones por las que optan los tres medios estudiados, el **capítulo 2** aborda continuando en esta misma línea, los procedimientos orientados a conseguir la adhesión del público. Nos detenemos en los razonamientos, las categorías valorativas y subjetivas y los tópicos relevantes asociados con la doxa. De este modo es posible identificar los ideogemas en los cuales descansan las representaciones que tienen como lugar relevante al tópico de los derechos humanos. Respeto, compasión, vergüenza, abandono son algunos de los significantes del *pathos* que se revisan a la luz de los significados sociales, los estudios culturales, el psicoanálisis, las instituciones y la historia evocada en cada guión periodístico, así como la construcción que resulta. El análisis de las categorías axiológicas, y los razonamientos o juicios que se producen en el proceso periodístico tiene en cuenta las disposiciones emocionales que connotan a partir del *pathos* (Amossy, 2000) los tópicos surgidos de los enunciados, y la carga asociada a la cuestión de la “enfermedad mental”.

Se delimitan así, dos tópicos argumentativos, ellos son por un lado, los derechos humanos, y por otro, el espacio de la ciudad. El primero concentra los acuerdos, y el segundo, es el que concentra los conflictos. Por un lado, al analizar los enunciados encontramos también resonancias de la lucha contra el Terrorismo de Estado, como acontecer histórico que se ubica en el campo de los derechos humanos, el mismo campo desde el que se cuestiona la institución psiquiátrica y los métodos de encierro o de shocks —eléctricos, o químicos— considerados hoy, más cercanos a la tortura que a la cura. A lo largo del capítulo se delinean las

variaciones intrahegemónicas de este razonamiento central y los sentimientos que de una u otra forma son invocados desde los derechos humanos.

Otro tópico considerado, tanto en sus dimensiones imaginarias e ideológicas como económicas, es el del espacio, o del territorio. El asilo, la ciudad, la cárcel, el neuropsiquiátrico, el espacio público, participan de guiones que reúnen de manera coherente y contradictoria, las dinámicas afectivas, las valoraciones, y los razonamientos. Se destacan en las articulaciones enunciativas, los conflictos que atraviesan el escenario de normatización (Foucault, 2006) y apropiación del espacio público. El conflicto social, o cuestión social se enuncia en la cuestión urbana, marcada por una dinámica de valorización –económica (Donzelot, 2012), y la tendencia política hacia la normatización conforme a parámetros del poder global y del local en momentos en que la globalización reproduce, en las ciudades, las desigualdades existentes, según una “nueva geografía de la centralidad y la marginalidad” (Sassen, 2012: 143).

Segunda parte: Heterogeneidades enunciativas y procedimientos de legitimación

Esta parte trata las remisiones al interdiscurso con el que dialoga la prensa a fin de legitimar su perspectiva. El análisis enunciativo que nos proponemos se basa en la concepción de *heterogeneidad enunciativa* introducida por Authier-Revuz (1984) que comprende por un lado, la *heterogeneidad constitutiva*, producto del interdiscurso como diálogo entre discursos de distinto tiempo, género, procedencia, reconocidos en el pensamiento bajtiniano y la *heterogeneidad mostrada*, que alude a fenómenos en los cuales es posible percibir la presencia del otro a través de marcas manifiestas en la superficie de los enunciados. El **capítulo 3** se ocupa de una de las referencias que la prensa toma del anuncio, la referencia a “la ley”. Contrastamos cómo opera ella en los posicionamientos de los diarios, en las escenografías enunciativas que se crean, y las orientaciones argumentativas que sigue cada uno de ellos. La referencia a la ley evoca un dispositivo de normatización emparentado por su constitución histórica, con el régimen de verdad de cada época (Foucault, 2002) el cual, en el contexto político

de producción de las notas, tiene la propiedad de reforzar la autoridad enunciativa. El capítulo aborda la heterogeneidad en estas referencias al derecho. Ellas evocan los dispositivos del campo jurídico y como tales, la tradición alienista de la psiquiatría y los procesos de institucionalización del Estado. También, como textos legales, son referencias al paradigma hegemónico de normatización que se inscriben en la tradición de los derechos humanos. Abordamos a partir de estas referencias, las ideas acerca de las internaciones en la prensa.

La metodología consiste en contrastar las referencias con los textos fuente que comprenden centralmente legislación internacional y legislación de la ciudad con las perspectivas de los diarios. Para ello, incluimos en el corpus los documentos jurídicos- legales que constituyen dichas referencias. Estudiamos a partir de este material, los procesos de reformulación intradiscursiva empleados en los documentos legales, y las reformulaciones interdiscursivas de las secuencias de referencia en las notas periodísticas. El análisis indaga los procesos de sedimentación en la memoria, y la distancia o variación que se produce entre los textos, identificando las variaciones de orientación que resultan de la reformulación periodística.

Retomamos la inscripción de sentidos jurídicos en el discurso social por su papel en la gestión de la peligrosidad, de la marginalidad, y de la enfermedad, entre otros criterios que interpelan históricamente, las fronteras de lo considerado conforme a la ley y las normas. También por la influencia del discurso de la ley en la *filosofía espontánea*, es decir, en la tendencia “a pensar la sociedad como un producto de lo jurídico, al Estado como un orden jurídico, al hombre como sujeto de derecho, y a las condiciones reales de su existencia como el juego de ciertas relaciones jurídicas.” (Entelman, 1982:15). El trabajo sobre las referencias al derecho en el corpus periodístico articula los ecos de memoria discursiva y la actual hegemonía del paradigma discursivo de los derechos humanos en las relaciones jurídico-normativas y en la producción de documentos legales en “salud mental”.

El discurso del derecho y el discurso del saber tienen la propiedad común de legitimar los enunciados que los refieren al mismo tiempo que legitiman el sistema de normas y valores presupuestos. Puede observarse la utilización del discurso técnico de la planificación en el modo de crear las escenografías para presentar el motivo del anuncio. Por un lado, la prensa informa la intención del gobierno de “cerrar el Borda y el Moyano”, y por otro, enmarcando al cierre, comunica el lanzamiento de un “nuevo modelo o plan de salud mental”. La escenografía creada por medio de dicha presentación en el diario (Maingueneau, 2009) aporta un marco de legitimación al validar los cursos de acción y la finalidad –de propaganda- política- como si fueran de un dominio de orden técnico, no marcado ideológicamente. A partir de la definición de dominio discursivo, como relación con el poder y con la defensa de grupos y sectores de actividades, ideologías, intereses, e identidades propias, que aporta Van Dijk (2006), en el **capítulo cuatro**, situamos los términos “modelo”, “plan”, provenientes del dominio de la planificación, que se han empleado en las crónicas y notas. Analizamos la utilización unívoca de dichos términos, que velan, no sólo la índole política sino también la heterogeneidad conceptual, y las voces, acentuaciones, o modelos interpretativos alternativos (Vasilachis, 2004). Metodológicamente, contrastamos la polifonía conceptual surgida históricamente, con los lugares que ocupan las palabras- conceptos en las escenografías de los textos y en la estructuración argumentativa. En este capítulo consideramos en el corpus las notas que refieren directamente a las propuestas relativas al plan, modelo, y reformas en debate. Incluimos asimismo, material recogido en sitios o listas de distribución de internet que contiene puntos de vista de aquellas voces de colectivos que la prensa no tuvo en cuenta y que consideramos significativos como puntos de vista de la planificación. Ellas provienen de la *Radio La colifata* y del *Frente de artistas del Borda*.

Del mismo modo que la prensa no tuvo en cuenta voces que pueden enunciar, por su accionar, dispositivos alternativos, o sustitutivos de la institución, tampoco fueron considerados los sujetos a los que les concierne directamente lo que se

anuncia, por ser usuarios activos –internos o ambulatorios, familiares, o allegados de los primeros, destinatarios o afectados- en el anuncio ni en su tratamiento periodístico, más que como objetos de los enunciados o sujetos cargados negativamente. La tercera parte aborda este modo en que la prensa coloca a los verdaderos interesados en lo que se discute.

Tercera parte: Los nombres y las voces en la escena de la prensa

En el **capítulo cinco** nos ocupamos de este sujeto, objeto de los enunciados que se distingue de los funcionarios políticos, los entrevistados/as expertos, los técnicos, los representantes institucionales y sindicales, y el mismo enunciador periodístico, investidos de autoridad. Las formas de designar a aquellos de quienes se habla, pero no hablan en la prensa, son: “pacientes”, “internados”, “asilados”, “personas con discapacidad”, etc. Abordamos estas denominaciones encadenadas a la institución psiquiátrica, en el marco de las construcciones enunciativas en que se reconocen los sujetos de un enunciado (Maingueneau, 1997), entendiendo de acuerdo a lo planteado por Foucault (1999) que el sujeto – de la enfermedad mental-puede hallarse disperso, más que como síntesis unificadora, en posiciones que remiten a una zona de marginalidad respecto del campo de regularidades de la hegemonía.

El capítulo retoma la memoria discursiva, y sus huellas en los enunciados denominativos, a los que articula con los procesos de la época que operan en la formación de identidades sociales y los procesos de identificación constitutivos de subjetividad (Butler, 2006). Consideramos asimismo la influencia del imaginario social sobre los espacios, que localiza en la misma zona valorativa a la marginalidad ciudadana y a la enfermedad mental representada en el manicomio; y la influencia de los medios a través del formato de la noticia (Zoppi, 2004).

Para la revisión de las formas de designar a estos sujetos, que en los enunciados tienen la posición de “otros” del discurso social y político, y como sujetos “objeto” de las formaciones discursivas disciplinarias, hemos operacionalizado el modelo elaborado por Foucault (1999) a fin de estudiar el régimen de surgimiento de los

objetos del discurso. Distinguimos en él, los modos de designar a los sujetos según el estatuto de enfermedad que los identifica, las disciplinas y saberes como procedimientos de delimitación, y especificación, e incluimos una categoría que indaga la contigüidad.

A lo largo de la tesis, la metodología guiada por una dinámica abierta, permite abordar contrastivamente el material de prensa que trata el anuncio; a este material con los textos legales y normativos que refiere y, contrastar también material de la prensa, con textos de circulación alternativa. Este trabajo muestra las perspectivas en el diálogo hegemónico sobre el tema. Asimismo, el contraste con voces no contempladas en ese diálogo, sugiere la posibilidad de profundizar en el estudio de las perspectivas alternativas, que tienen la particularidad de articular la dimensión comunicacional y la de la salud.

Bibliografía

Amossy, R. (2000): *L'argumentation dans le discours*. París: Nathan. Cap. 6: El *pathos* o el rol de las emociones en la argumentación.

Angenot, M. (2010): *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.

-Arnoux, E. (2013): *El discurso latinoamericanista de Hugo Chávez*. Editorial Biblos-Ciencias del lenguaje. Buenos Aires.

..... (2006): *Análisis del discurso. Modos de abordar materiales de archivo*. Santiago Arcos editor, Colección Instrumentos. Buenos Aires.

Authier-Revuz, J. (1984): Hétérogénéité(s) énonciative(s). *Langage*, 73.

Butler, J. (2006) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Colección Espacios del saber. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Donzelot, J. (2012): *¿Hacia una ciudadanía urbana? La ciudad y la igualdad de oportunidades*. Nueva Visión. Buenos Aires.

Entelman, R. (1982): Introducción. En: *El discurso jurídico. Perspectiva psicoanalítica y otros abordajes epistemológicos*. Legendre, P.; Entelman, R.; Kozicki, E.; Abraham, T.; Marí, E.; Le Roy, E.; Vezzetti, H. Ed. Hachette, Buenos Aires, 9-20, pp.15

Foucault, M. (2006): Foucault, M. (2006) Clase del 11 de enero de 1978, en *Seguridad, Territorio y Población*. Fondo de Cultura Económica. Argentina. Disponible en <http://www.scribd.com/doc/19287605/Foucault-Michel-Seguridad-Territorio-y-Poblacion>

..... (2002): *La verdad y las formas jurídicas*. Ed. Gedisa. Buenos Aires.

.....(1999): *La arqueología del saber*. Ed. Siglo XXI editores.

..... (1976): *Historia de la locura en la época clásica*. Breviarios del Fondo de Cultura Económica. México.

Maingueneau, D. (2009): *Análisis de textos de comunicación*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

..... (1997): "A Cena enunciativa" Cap 1 de *Novas tendências em Análise do discurso*. Pontes, 1997. Campinas.

Pereira, M.C. (2007): *La comunicación escrita en el inicio de los estudios superiores*. María Cecilia Pereira (coord.) (2005), Universidad Nacional de General Sarmiento. Los Polvorines. Págs. 43-88.

Perelman, Ch. (1997): *El imperio retórico. Retórica y argumentación*. Grupo Editorial Norma. Bogotá

Plantin, Ch. (2004): Pensar el debate. *Revista Signos* 2004, 37(55), 121-129.
 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-09342004005500010&script=sci_arttext

..... (2001): *La argumentación*. Editorial Ariel. S.A. Barcelona.

Sassen, S. (2012): *Una sociología de la globalización*. Katz Editores. Buenos Aires

Van Dijk, T. (2006): *Ideología. Una aproximación multidisciplinaria*. Ed. Gedisa, Sevilla.

Vasilachis, I. (2004): El lenguaje de la violencia en los medios de comunicación. Las otras formas de ser de la violencia y la prensa escrita. CEIL-PIETTE Disp. en <http://www.ceil-piette.gov.ar/areasinv/representaciones/reppub/I%20Vasilachis%201.pdf>

Verón, E. (1987): "La palabra adversativa. Observaciones sobre la enunciación política". En *El discurso político. Lenguajes y acontecimientos*. Eliseo Verón y otros. Ed. HACHETTE. Buenos Aires.

Zoppi, M. (2004): "Nossa cidade, nossa casa, nosso jardim: as miragens do "cidadão comum"". Em *Giros na cidade*. Rosângela Morello (Org.) Saber urbano e linguagem. Campinas: Laboratorio de Estudos Urbanos – NUDECRI/UNICAMP. P: 103-114

..... (2003): Identidades (in)formais: contradição, procesos de designação e subjetivação na diferença. Em *Organon*. Vol. 17, 35. UFRGS, Porto Alegre. Pp245-282

PRIMERA PARTE

Perspectivas argumentativas e ideológicas

Capítulo 1

ORIENTACIONES ARGUMENTATIVAS EN TRES DIARIOS DE ALCANCE NACIONAL

1.1. Discurso social, político y periodístico

El objetivo de este capítulo es analizar el tratamiento que hacen tres medios periodísticos, *La Nación*, *Clarín* y *Página 12*, sobre el anuncio del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que refiere a un plan o modelo nuevo para salud mental y a cerrar los dos psiquiátricos de esta ciudad conocidos como “Borda” y “Moyano”. El mismo fue realizado el 1 de abril de 2008.

Entendemos, de acuerdo con Bajtín que dicho tratamiento periodístico “...tiene un carácter de respuesta activa” y al igual que “Todo enunciado es un eslabón en la cadena, muy complejamente organizada, de otros enunciados.” (Bajtín, 2005: 258) Estas respuestas participan del diálogo interdiscursivo de una época, como lo que Angenot denomina *discurso social*, “sistemas genéricos, repertorios tópicos, reglas

de encadenamientos de enunciados que [...] organizan lo decible –lo narrable y opinable- y aseguran la división del trabajo discursivo” (Angenot, 2010: 21).

En dicho espacio de interdiscursividad, el discurso de la locura y el encierro, dialoga, con otros discursos sociales. Se articulan los discursos de la prensa, que goza de una posición de dominio en la división del trabajo discursivo y las funciones ideológicas, con el discurso político, con el de la locura y sobre el sujeto. Esta realidad compleja y heterogénea que contiene el desarrollo histórico de los discursos no es arbitraria, está sujeta a una hegemonía que restringe el discurso social, la circulación de ideologías, y de ese modo opera efectos de dominación. De acuerdo con Angenot, entendemos por

“hegemonía el conjunto complejo de las diversas normas e imposiciones que operan contra lo aleatorio, lo centrífugo y lo marginal, indican los temas aceptables, e indisolublemente, las maneras tolerables de tratarlos, e instituyen la jerarquía de las legitimidades (de valor, distinción y prestigio) sobre un fondo de relativa homogeneidad” (Angenot, 2010: 32)

En relación con la ideología, “La hegemonía no corresponde a una ‘ideología dominante’ monolítica sino [...] a una dominancia en el juego de las ideologías” (*Ibid*: 34) Por último “No es propiedad de una clase. Pero como instituye preeminencias, legitimidades, intereses y valores, naturalmente favorece a quienes están mejor situados para reconocerse en ella y sacar provecho” (*Ibid*: 37) Consideraremos en este capítulo la función de la hegemonía discursiva en las opciones argumentativas que realizan los diarios.

Las notas que se analizan son crónicas o comentarios del anuncio efectuado por el jefe de gobierno. El capítulo se detendrá en el análisis de la orientación argumentativa, mostrando su articulación con la cuestión que cada una de ellas construye como eje del problema. Se observarán los puntos de vista que las notas ponen en escena y las relaciones con el interdiscurso político, de la salud o

económico al que ellas remiten. Consideraremos asimismo, la propiedad estructurante que tiene en todo enunciado el estar *destinadas* (Bajtín, 2005)

Para esta elaboración nos resultaron adecuadas las categorías que establece Verón (1987) relativas a la enunciación política. Nos apoyaremos en el concepto de desdoblamiento o disociación estructural de la destinación que presupone simultáneamente, un destinatario positivo o *prodestinatario* con el cual se conforma un *colectivo de identificación*, un destinatario negativo, o *contradestinataro*, que es excluido de dicho colectivo, y un *paradestinataro*, al que se intenta persuadir. Distinguiendo también las funciones que se juegan en cada caso, señala que al paradestinataro se dirige la persuasión, mientras que el refuerzo y la polémica corresponden al prodestinatario y al contradestinataro respectivamente. Entendemos asimismo, la constitución del destinatario a través de sucesivas transformaciones y desdoblamientos, como apunta García Negroni, "según la función discursiva que prevalezca en los distintos bloques" (García Negroni, 1988:87).

El anuncio gubernamental, que los diarios tratan, es temporalmente próximo, aunque pasado, a las elecciones en las que fue elegido Mauricio Macri para jefe de gobierno de la ciudad de Buenos Aires, de ahí que en las construcciones enunciativas resuenan los ecos de esa campaña electoral. No obstante la *escena genérica de enunciación*, que es la que inscribe la actividad del lenguaje en espacios institucionales¹ es la crónica periodística o el comentario asociado a la repercusión de la noticia, y en ellas se construye el asunto, con aspiración informativa. *La Nación* trató el anuncio oficial en la Sección de *información general*, *Clarín* en *La ciudad*, y *Página 12* en *Sociedad*.

Contrastaremos en este capítulo, las notas centrales de los tres medios referidas al anuncio al formular la noticia y reformular el anuncio, para lo cual analizaremos

¹La relación de la escena enunciativa y la escenografía constituyen la eficacia de la enunciación que "...resulta necessariamente do jogo entra as condições genéricas, o ritual que elas implicam a priori e o que é tecido pela enunciação" Maingueneau.(1997:40)

la interdependencia semántica de los encadenamientos argumentativos en el nivel de los enunciados, entendiendo que “Todas las operaciones de construcción del enunciado tienen valor argumentativo” Plantín (2008:42)².

Indagamos por un lado, cómo se logra en cada caso “transferir a las conclusiones la *adhesión* concedida a las premisas” (Perelman, 1997:43) buscando conocer premisas y objetos de acuerdo desde los cuales surgen los argumentos. De manera general y común a los tres diarios, la crítica a las condiciones edilicias de las instituciones Borda y Moyano recorre las distintas crónicas como premisa de la que parten los argumentos, los tópicos o lugares que sostienen los juicios sobre el anuncio, y los posicionamientos ideológicos respecto de la problemática, en términos del discurso actual, de la salud y la enfermedad mental y la ciudadanía. Retomamos también en el plano enunciativo las tres fuentes de credibilidad consideradas por la *Retórica clásica*, el *logos*, el *ethos*, y el *pathos* (Aristóteles, 2007). Y atenderemos asimismo, al problema que da lugar al desacuerdo, en un diálogo argumentativo (Plantín, 2008) que remite a la construcción histórica y contradictoria de prácticas y puntos de vista regulados y opacados según las modalidades que a su vez distinguimos en la prensa.

El corpus que abarca este capítulo se compone de cinco notas: dos de ellas del diario *La Nación* que identificaremos como LN y corresponden a los días 1 y 2 de abril respectivamente. Una del diario *Clarín* al que abreviaremos como CI. Dicha nota se publicó el día 2 de abril, y dos notas publicadas por el diario *Página 12* que identificamos como P.12 de los días 1 y 2 de abril respectivamente. El criterio para la selección de este material es que el mismo trate el anuncio del gobierno porteño ya mencionado.

² “Todas as operações de construção do enunciado têm valor argumentativo, desde a operação de enquadramento constituída pelo modo de introdução de um objeto no discurso até as organizações racionais” Plantín (2008: 42)

1. 2. Acuerdos y diferencias en torno al anuncio de un nuevo plan de salud mental y el cierre de dos instituciones psiquiátricas

1.2.1 *Diario La Nación: De la propuesta a la promesa resistida*

1.2.1.1. *La Propuesta*

El diario *La Nación*, publica el 1 de abril de 2008 una crónica en la sección de *Información general* titulado “Proponen cerrar el Borda y el Moyano” luego el subtítulo agrega: “Es en el marco del nuevo Plan de Salud Mental de la ciudad anunciado hoy por Macri; se calcula que el proceso culminará dentro de dos años”. El artículo no lleva la firma.

Surge del título que hay una propuesta, y un *asunto*: “cerrar” dos establecimientos. No obstante ese asunto se desplaza en el subtítulo al ubicar como foco al “Plan” de salud mental. En el título se puede hallar una contraposición entre la construcción que omite indicar el sujeto que hace la propuesta y la familiaridad en el modo de nombrar a los establecimientos como “Borda” y “Moyano”. El subtítulo retoma la voz del anuncio instalando como tema el plan de salud que califican como “nuevo”. Este tema remite al interdiscurso de la planificación en materia sanitaria que se retomará en el resto del texto.

El cuerpo de la nota se inicia con citas directas del discurso del jefe de gobierno porteño. El discurso citante tiende a orientar su lectura positivamente:

- a) “Queremos que Buenos Aires tenga un sistema de salud que garantice la dignidad de todos”, destacó Macri al anunciar el nuevo plan en una conferencia de prensa.

El jefe de gobierno también indicó que el modelo vigente “lleva muchas décadas de abandono” [...] (LN, 1/4, “Proponen cerrar el Borda y el Moyano”)

El enunciado exhortativo evoca la campaña electoral. El sujeto habla en primera persona del plural, un nosotros que designa al gobierno mostrando su

preocupación por la identificación con un “todos” relativo al *meta-colectivo singular* Buenos Aires, y de ese modo lo asocia con un *ethos* inclusivo. La construcción de la imagen del enunciador lo identifica con valores positivos asociados al plan: la función garantista para el sistema de salud y la dignidad. No obstante, si se relaciona la mención de ese sujeto “todos” con la situación en la que quedarían los internos según se infiere del título (“Quieren cerrar el Borda y el Moyano”) puede observarse que la denominada “dignidad de todos” en realidad excluye una parte: los pacientes usuarios actuales del sistema. Es un “todos” que remite al ciudadano, siendo este un sector de la ciudadanía.

La lectura de la nota permite también suponer un contradestinatario, contrario a la dignidad de todos los ciudadanos y que no quiere cambios, lo que en las palabras citadas del segundo párrafo se materializa en los valores negativos del “modelo vigente”. La crónica señala detalles de “nuevo plan”.

b) El plan, que se ejecutará en un plazo de 24 meses, prevé la construcción de diez centros de internación y 12 hospitales diurnos, así como la creación de un centro que recibirá a los pacientes y los derivará según el diagnóstico. [...] (L.N. 1/4, *ibid*)

El párrafo formula una representación del eje temporal que habrá de diferenciar lo nuevo de lo existente. El plan que “se ejecutará en 24 meses” se contrapone a las “décadas de abandono” en el pasado y hasta el presente. El espacio-tiempo de valor negativo lleva a delinear una zona de contradestinación.

Los detalles de tiempo, forma y cantidades en la ejecución del plan, que abordaremos específicamente en el capítulo 4, relacionados ahora con el modo verbal y la construcción despersonalizada dejan observar el proceso de construcción de credibilidad, y la dialéctica de legitimación entre la propuesta, el sujeto que la realiza y el reforzamiento de la autoridad gubernamental.

En esta nota el diario asume la palabra del anunciante y colabora en la construcción de su imagen como (suj)*ethos* ejecutivo vinculado a un *pathos*

sentencioso, cuyo movimiento va del abandono a la acción con celeridad, resolutivez y fuerza. Incluso la expresión “se ejecutará” tiene en el discurso social resonancias ligadas al poder mismo, al acto de ejecución, y evoca incluso la ideología de la ‘mano dura’.

c) Macri dijo que el actual modelo de salud “está agotado y lleva muchas décadas de abandono”, y afirmó que “por eso se habla de esos centros como si hubiera una cárcel adentro” (L.N. 1/4, *Ibid*)

El actual modelo de salud, es presentado por medio de una personificación, como sujeto “agotado” y en “abandono” pero a su caracterización se agrega desde la reformulación periodística, también en discurso directo, la negación de la existencia concreta de unidades penales en la estructura de las instituciones psiquiátricas. Estas son ahora denominadas “centros” de los que “se habla como si hubiera una cárcel...” La cita del jefe de gobierno que selecciona el medio registra la expresión “se habla” con la que introduce la descalificación de las denuncias que diversos sectores hacen respecto de las unidades carcelarias (las habitualmente llamadas unidades carcelarias del Borda y del Moyano) Estas denuncias se presentan como algo infundado y ficticio o no real, por medio de la expresión “como si hubiera una cárcel”. De esta forma se desautoriza, a la vez que se indica, una destinación indirecta (Negroni, 1988: 94). Con este complejo juego enunciativo se ha excluido entre las razones del cierre propuesto, la existencia, y por lo tanto y sobre todo, la crítica de la relación material, simbólica y semiótica de las instituciones psiquiátricas con la cárcel.

d) El jefe de gobierno destacó, sin embargo, el “empeño, capacidad y compromiso” de los recursos humanos de esos centros de atención mental. “A pesar de que la gran mayoría de los especialistas en salud mental y las leyes vigentes afirman esto, en la ciudad seguimos teniendo pacientes internados crónicamente”, manifestó Macri en la conferencia de prensa que ofreció en el microcine de la sede gubernamental. (L.N. 1/4, *Ibid*)

Aparece ahora un nuevo destinatario positivo en tanto se lo ha exceptuado del modelo negativo del que de algún modo es parte, por medio del “sin embargo” y se configura como tal en un espacio temático que exhibe una concepción de la planificación según la cual, los/as trabajadores no son sino “recursos humanos” cuya valoración está en función de los atributos comunes al colectivo de identificación con el destinatario *pro*, el prodestinatario.

Asimismo, la expresión “a pesar de...” separa y diferencia a este sujeto trabajador de otro sujeto investido de una autoridad por especialización: “la gran mayoría de los especialistas en salud mental”; “las leyes vigentes”. Surge luego un tercer sujeto “los pacientes internados crónicamente” que son cargados de valor negativo respecto de un nosotros, los que “en la ciudad”, los “seguimos teniendo” (a los pacientes internados...).

e) **Siglo diecinueve.** “Es una vergüenza ver cómo viven las personas que están asiladas en edificios obsoletos, que son del siglo XIX. La decadencia y la desidia de sucesivas administraciones llevaron a que los centros de salud estén hoy en condiciones precarias”, declaró. (L.N. 1/4, *Ibid*)

El fragmento destaca en negritas una temporalidad asociada con el *modelo asilar* pero este no se menciona como tal sino en elementos negativos dispersos, las personas asiladas y los “edificios obsoletos”. Las cualidades de los edificios son desplazadas a las *formas nominalizadas*, “decadencia” y “desidia” con que es construido el contradestinatario, el de las “sucesivas administraciones”. En ese pasaje los edificios vuelven a ser “centros” y sus características se sintetizan en las “condiciones precarias” atenuando de esta forma la fuerza del modelo asilar.

El artículo en su conjunto, y sobre todo por la selección y presentación de las citas del discurso del anuncio, asume, a cierta distancia, la propuesta oficial que se representa desde un *ethos* asociado a la dignidad y la ejecutividad. El texto construye un colectivo de identificación en base a un prodestinatario, el gobierno y

los ciudadanos que incluye a los especialistas en salud mental y a las leyes vigentes.

La zona adversativa es la del modelo, también “vigente”, que abarca tanto a los pacientes como a las voces que se identifican con ellos, en un contradestinatario explícito que son “las sucesivas administraciones”.

1.2.1.2. *La polémica*

El 2 de abril de 2008, una nota de *La Nación* firmada por Cynthia Palacios, trata nuevamente el anuncio. Su título hace mención a la “promesa” de cerrar los hospitales: “Macri prometió cerrar en dos años los hospitales Borda y Moyano”. La construcción del título evoca otra vez el discurso de las campañas electorales, precisamente al destacar el acto de promesa. En efecto la expresión “prometió” hace suponer un objeto deseable o esperado. De este modo quedan solapadas las críticas al estado de los manicomios respecto de lo cual hay instalado un relativo acuerdo.

En el encabezado se lee: “El gobierno porteño anunció un nuevo plan de salud mental”, y en el subtítulo: “Planteó un sistema que promueve la externación de pacientes; polémica”. Como puede observarse, hacia el final del subtítulo se presenta un conflicto y este será retomado en el primer párrafo del cuerpo del artículo.

a) Aunque los beneficios que contenía el anuncio hacían prever que no iba a encontrar resistencias, la polémica no se hizo esperar. El jefe de gobierno porteño, Mauricio Macri, y su ministro de Salud, Jorge Lemus, presentaron ayer un nuevo Plan de Salud Mental, que promete la renovación integral de la atención en esa materia. Apenas conocido ese proyecto de desmantelamiento de los neuropsiquiátricos de la ciudad comenzaron a escucharse las primeras críticas. (LN 2/4, “Macri prometió cerrar en dos años los hospitales Borda y Moyano”)

El párrafo concesivo introducido por “aunque” permite ubicar la polémica, y sitúa al enunciador en posición favorable tanto al anuncio al que atribuye “beneficios” como a la promesa de “renovación integral”. Inmediatamente le sigue una frase que trae la voz de las “críticas” al nombrar el “proyecto” como “de desmantelamiento de los neuropsiquiátricos”, aludiendo con esa terminología a la política neoliberal sobre los servicios públicos, y usando el término “desmantelamiento” no para describir las condiciones de los hospitales sino el punto de vista adverso al gobierno sobre el proyecto a ejecutar. El neuropsiquiátrico pasa así, a jugar como un hospital público cualquiera, y el “proyecto” gubernamental condensa la promesa de “renovación integral de la atención...” y el fantasma del “desmantelamiento” hospitalario. La formulación abre a una base de contraargumento destinado a un colectivo de identificación particular que se distancia, o es crítico, de las políticas neoliberales. El segundo párrafo del texto, sobre el que nos detendremos más adelante en el capítulo 4, detalla los rasgos del nuevo modelo que se presenta en respuesta a esas críticas. El tercer párrafo presenta las palabras de Macri como una suerte de golpe asestado contra el sistema anterior caracterizado como anacrónico:

c) La situación actual es una vergüenza -asestó Macri-. Queremos que Buenos Aires tenga un sistema de salud mental que garantice la dignidad y respete los derechos humanos de los pacientes. Antes de los 24 meses vamos a pasar de este sistema anacrónico al nuevo modelo. (L.N. 2/4, *Ibid*)

El verbo “asestó” con el que se presenta las palabras del jefe de gobierno orienta la atribución de un ethos directivo y ejecutivo a su enunciador, atribución que se refuerza con la cita seleccionada: actuará “antes de los 24 meses” a la ejecutividad se suma el rasgo de moderno (se pasará a un “nuevo modelo”) y la adhesión a los valores del campo de los derechos humanos dominantes en la escena política. En el mismo sentido, la cita menciona “el sistema de salud mental que garantice...” la palabra “sistema” permite oponer en el segmento contiguo, lo anacrónico a lo moderno, siendo lo moderno el nuevo modelo que se anuncia.

d) Consultado sobre el futuro de los hospitales Moyano y Borda, que hoy atienden a enfermos psiquiátricos y a delincuentes inimputables, Macri adelantó que se cerrarán en dos años. “Habrá que ver que usos públicos se dan a esos espacios” dijo. Y las sospechas arreciaron. (L.N. 2/4, *Ibid*)

El párrafo cuarto ubica las palabras del jefe de gobierno como respuesta a una consulta hecha por el diario. De este modo se escenifica un “diálogo” del tipo de la entrevista que más adelante incluirá otras voces. La presentación de la consulta contiene, como información en la proposición subordinada, una definición de los sujetos a los que designa “enfermos psiquiátricos y delincuentes inimputables”. Generalizando particularidades diagnósticas aparece el preconstruido sobre la peligrosidad de la población internada que permite sustentar tanto el argumento de necesidad de los neuropsiquiátricos, en su función de control, como el proyecto de cierre (por las mismas razones implicadas, de peligrosidad). De esta manera, por una parte, se asienta un acuerdo sobre la peligrosidad de los internados y, por la otra, el *asunto* y “las sospechas” se desplazan hacia a otra cuestión, la de “esos espacios” y el futuro uso de los mismos. El artículo trae objeciones al proyecto en las palabras de otros actores que de un modo u otro retoman la cuestión del uso público, comercial o inmobiliario del espacio.

f) “Repudiamos la actitud de los funcionarios que no invitaron a trabajar en el diseño de este plan a directores ni trabajadores que desde hace años se ocupan de la salud mental. Si quieren mejorar la salud de los pacientes que tiren abajo las murallas y permitan que la gente use esos espacio, antes de poner a los internos en la calle”, agregó Muñoz, que trabaja en el Moyano desde hace 25 años. (L.N. 2/4, *Ibid*)

La cita en discurso directo es de la palabra del delegado de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y posee una fuerte carga negativa hacia los funcionarios, expresada en “repudiamos”. La primera persona del plural (el nosotros) corresponde a los “directores y trabajadores” con los que se propone una identificación al destinatario. Son a su vez los que se oponen al proyecto

gubernamental al invalidar el modo de proceder de “los funcionarios” y su propósito. El contraargumento citado se basa en que ellos, los funcionarios, y contradestinatarios, no quieren mejorar la salud de los pacientes sino “poner a los internos en la calle”.

El tiempo, en el párrafo (f) funciona como garantía, desde el punto de vista del ethos que se asocia a la voz de los que “desde hace años se ocupan de la salud mental” o del que “trabaja en el Moyano hace 25 años”, y de su saber sobre el uso de “esos espacios” en beneficio de la “salud de los pacientes” y de “la gente”. A la voz de la experiencia, se suma en el párrafo siguiente la del profesional:

g) “El plan comparte los estándares internacionales en cuanto a los derechos humanos pero deben ser cuidadosos para evitar que los pacientes sufran el abandono que implicó la desinstitucionalización en Estados Unidos. Son buenas ideas, pero hay que ver como se llevan a la práctica, sobre todo cuando tercian intereses inmobiliarios” opinó el presidente de la Asociación de Profesionales del hospital infanto-juvenil Tovar García, Eduardo Friedman. (L.N. 2/4, *Ibid*)

Esta segunda opinión es aportada por la palabra del presidente de la Asociación de Profesionales del “Hospital infantojuvenil Tovar García”, un establecimiento que no formaba parte del cierre anunciado. En el primer movimiento del párrafo notamos que el “plan” se evalúa positivamente, conforme a “estándares internacionales” de los derechos humanos, tópico que trataremos en el capítulo siguiente, pero la evaluación positiva se revierte con la advertencia de que los pacientes podrían sufrir abandono. El argumento del abandono se afirma en un dato: en Estados Unidos la desinstitucionalización habría implicado el abandono, que se menciona como hecho no sujeto a discusión al formularse en una proposición subordinada. El otro contraargumento, también presentado como un dato, es que “tercian intereses inmobiliarios”. El entrevistado presenta los dos motivos para oponerse al plan como supuestos en proposiciones subordinadas mientras que las proposiciones principales son favorables, es decir, representan acuerdos.

El siguiente párrafo esboza otra línea de contraargumento:

h) Según Friedman, las obras que están por concluir en el Tobar García, y costaron cerca de 20 millones de pesos, pueden ser una excelente inversión. Si se terminan, claro. Pero el futuro se ve incierto con este nuevo plan. "Si se interrumpe ahora va a tener contrasentido", dijo. (L.N. 2/4, *Ibid*)

El párrafo alterna formas del discurso indirecto y directo en el que puede inferirse una contrapropuesta por parte del mismo enunciador citado (Friedman) y otro contraargumento que objeta el cierre de los hospitales, el de que hay en marcha refacciones, que son también dinero invertido, lo que es calificado de "excelente inversión". La idea, o contra-propuesta de refaccionar en vez de implementar un "nuevo plan" se amplifica en el párrafo siguiente y será también desarrollada en la perspectiva del diario *Clarín* que veremos más adelante. Se continúa ahora con un argumento descriptivo:

i) Cerca de 2000 son las personas que viven hoy en los dos neuropsiquiátricos porteños y más de la mitad de ellos sufren problemas más cercanos a las carencias sociales que a los sufrimientos mentales. (L.N. 2/4, *Ibid*)

En este párrafo el medio asume el argumento favorable de que la inversión se haga en refacciones apelando a una categorización de "las personas que viven en los dos neuropsiquiátricos" basada en los *lugares de la cantidad* que son el número de internados, "2000", y una proporción, "más de la mitad" pero se incorporan a la descripción dos categorías diagnósticas respecto de los sujetos de los que se habla, los que "sufren problemas más cercanos a la carencia social", a diferencia de los (que tienen) "sufrimientos mentales". Dicho de otro, si bien se apoya la inversión en refacciones se afirma que más de la mitad de los sujetos internados no tendría "sufrimientos mentales", lo que sugiere no deberían estar en los neuropsiquiátricos. Pero sugiere también una contraposición no necesariamente válida, entre, según las categorías utilizadas, las carencias sociales y los sufrimientos mentales. Tratamos este punto en el capítulo 5.

El diario cita a continuación, en discurso directo, al Ministro de salud que retoma la perspectiva gubernamental planteando otra oposición: la de los abordajes terapéuticos, de los que la ciudad carece, frente al modelo asilar.

j) "No queremos volver al modelo asilar que arrastramos hasta hoy. La ciudad carece de abordajes terapéuticos que eviten la cronificación de los pacientes" dijo el ministro de Salud. Las reformas prevén una inversión de 160 millones de pesos. (L.N. 2/4, *Ibid*)

Este *lugar de la cualidad*, la del modelo asilar o los abordajes terapéuticos, se continúa con otro *lugar de cantidad*: la suma a invertir en las reformas propuestas.

Por último el diario cita a otra voz de autoridad para un prodestinatario del ámbito psicoanalítico que retoma un movimiento ya señalado, el de validar por un lado "el plan" y descalificarlo por otro lado, en este caso poniendo en cuestión el *ethos* de quien hace la propuesta, Macri:

k) La coordinadora docente y supervisora del Centro Dos, una asociación civil, la psicoanalista Isabel Carraro, fue completamente escéptica: "No le creo a Macri. Me parece que es un plan muy utópico. Poner de ejemplo a países con otra economía, altamente industrializados... La Argentina está lejos de copiar esos modelos", dijo y agregó: "Es una vergüenza cómo viven los pacientes en los hospitales, pero es un riesgo demasiado alto desactivar lugares con la idea utópica de que van a funcionar mejor. Lo que faltan son recursos." (L.N. 2/4, *Ibid*)

Esta opinión citada en el artículo es de una coordinadora docente del 'Centro de asistencia y docencia en psicoanálisis' DOS, calificada de escéptica por el periodista. El argumento, o más precisamente contraargumento se apoya en el *lugar de la realidad versus la utopía*. En sentido similar al discurso citado en (g) la evaluación es positiva respecto del modelo del plan caracterizado de "muy utópico", pero es polémica respecto del funcionamiento en Argentina. Es un contraargumento basado en la falta de recursos y el "riesgo demasiado alto" que ocasionaría su desactivación.

El diario *La Nación* hace un giro entre el primero y el segundo día de tratamiento del anuncio incluyendo en el segundo, voces que son presentadas como resistencias al proyecto del gobierno porteño, proyecto que el medio a través de quien firma la nota, ha formulado y asumido como una promesa, una voluntad. La inclusión de dichas voces pone en juego otros colectivos de identificación que al mismo tiempo que objetan “el plan”, explicitan premisas de acuerdo con la propuesta del anuncio.

1.2.2. *Diario Clarín: El desborde y la Justicia*

1.2.2.1. *Refacciones*

El diario *Clarín* no publica nada acerca del anuncio el 1° de abril, recién lo hace al día siguiente, en un artículo que lleva por título: “Salud mental: quieren cerrar en dos años el Borda y el Moyano” firmado por Pablo Novillo. La tercera persona del plural no es identificada, y distancia al emisor de la posición de defensa de lo propuesto en el anuncio. Ese punto de vista es retomado en el copete con el enunciado: “Los hospitales psiquiátricos están colapsados y con obras sin terminar”, que orienta hacia conclusiones del tipo “las refacciones deben terminarse”, anticipándose en la volanta con el enunciado: “El gobierno de Macri presentó un plan de reformas que busca terminar con los internados crónicos”. Así se presentan en este diario desde el principio, dos líneas argumentativas: la de “cerrar los neuropsiquiátricos”, y la de “refaccionarlos”. La primera aparece enunciada en el título indicando una disposición y un tiempo de plazo en modo impersonal, mientras que la segunda podemos encontrarla en el copete con el que el enunciadador asume el argumento sobre el estado de los hospitales psiquiátricos señalando que hay “obras sin terminar” y atribuye al gobierno la voluntad de cierre. Las dos líneas argumentativas se desarrollan a lo largo de la nota, que a diferencia de las publicadas por el diario *La Nación*, prefiere el discurso indirecto y las reformulaciones a las citas.

a) El gobierno porteño presentó ayer su plan para reformar el sistema de atención de Salud Mental, por el cual pretende tratar a los pacientes en niveles primarios y evitar las internaciones prolongadas. Por eso planea **cerrar los neuropsiquiátricos Borda y Moyano** en dos años y darles a esos edificios otros usos públicos (Cl, 2/4 “Salud mental: quieren cerrar en dos años el Borda y el Moyano”)

El enunciador inicia el tratamiento del asunto distanciándose de la propuesta (“por el cual **pretende** tratar a los pacientes”) a modo de información que toma a su cargo. El plan para reformar el sistema de atención de Salud Mental está encadenado lógicamente al cierre y posterior uso de los edificios con otros fines, especificando el carácter público de los mismos. Este último señalamiento responde a una eventual acusación de privatización del espacio público.

El enunciado, inmerso en el marco cronotópico de la planificación, establece un paralelismo espacial, entre los “niveles primarios” de tratamiento para los pacientes, y el cierre del lugar; y una doble dimensión temporal: evitar internaciones largas y establecer dos años de plazo para el cierre.

b) La situación de ambos hospitales es desastrosa desde hace años. Con más de 2000 internados crónicos, hay problemas de atención permanentes, en gran parte por el pésimo estado de los centenarios edificios. De hecho, diferentes recursos de amparo ordenaron **medidas urgentes** para los cuatro hospitales neuropsiquiátricos de la Ciudad... (Cl. 2/4, *Ibid*)

Retomando la perspectiva favorable a refaccionar los edificios, se presenta el asunto de “la situación de ambos hospitales” en términos de los “problemas de atención permanentes” atribuidos a la cantidad de internados crónicos y la antigüedad de los edificios, “centenarios”. Es una descripción que evalúa negativamente la situación de los ‘hospitales’, con base principalmente en *lugares de cantidad*, caracterizada por el exceso.

Pero a diferencia del fragmento anterior (a), en este, el estado de los edificios se conecta argumentativamente con las medidas urgentes, remarcadas en el texto, que fueron ordenadas por los recursos de amparo y abarcan no a dos sino a los cuatro establecimientos. De esta forma el discurso jurídico-legal, y la fuente de autoridad que reside en la Justicia, sustentan la construcción del acuerdo con los destinatarios. Este argumento continua en (d)

d) Es que el sistema pese a lo que dice la Ley N° 448 de Salud Mental, sancionada en 2000- tiende a generar internaciones largas, algunas de varias décadas. Así los hospitales desbordan. Y como a estos centros llegan generalmente **personas sin recursos**, en la justicia estiman que hay entre 400 y 450 pacientes que ya tienen el alta pero no se van porque no tienen **hogar ni trabajo**. (Cl. 2/4, *Ibid*)

La ley 448 retomada como voz, fuente de saber, y lugar de autoridad, tema que abordaremos en el capítulo 3, es contrapuesta por medio del “pese a”, al “sistema (que) tiende a generar internaciones largas”. Por su parte, la institución se nombra primero como “hospitales” sin especificación, pero hospitales que “desbordan”, y luego se los llama “centros” empleando una terminología que se aproxima a los *Centros* que prevé el modelo propuesto. El enunciado asocia por metonimia las características de la institución y de las personas.

Y las personas, antes pacientes o internados, son ahora “personas sin recursos”, sin “hogar ni trabajo” que “no se van”, se diría que son, “entre 400 y 450 pacientes” los que desbordan y ocupan el espacio. El desborde se relaciona a su vez por oposición, con el lugar del orden, de la normatización territorial que configura los valores positivos con los que se identifica al prodestinatario.

f) En la presentación hablaron Mauricio Macri y su Ministro de Salud, Jorge Lemus. “La situación actual es una vergüenza, una falta de respeto a los derechos humanos de los pacientes y los trabajadores. Invertiremos \$160 millones en las obras necesarias para que el sistema esté en marcha en dos años” afirmó Macri. Luego, Lemus explicó “Queremos resolver el 75% de los casos con atención primaria, que no haya internados crónicos”. La situación es tan caótica que no

supieron responder cuántas camas de internación tienen el Borda y el Moyano.
(Cl. 2/4, *Ibid*)

Las perspectivas sobre el asunto se diversifican, por un lado la justicia ordena refacciones, y por el otro el gobierno y sus dos enunciadores, Macri y Lemus evalúan negativamente la “situación actual” como la vergonzosa consecuencia de la falta de respeto por los derechos humanos que el gobierno busca revertir. Argumentan hacia un futuro definido por medio de diferentes *pistais* (o pruebas retóricas) dinero en un caso, atención primaria (APS) en el otro. Pero hacia el final del párrafo la misma “situación” es descripta por el medio como “caótica” y al gobierno de la ciudad como desinformado. La tercera persona del plural, en posición adversativa, son ahora los que “no supieron responder”.

El enunciador presenta así los argumentos de dos posiciones respecto del cierre pero descalifica la propuesta gubernamental, asumiendo luego con la perspectiva de la justicia, un acuerdo con la ley, y desde allí el supuesto de acuerdo con un colectivo de identificación. Construye al mismo tiempo el contradestinatario como el que anuncia planes pero que estaría en falta: el gobierno es el que no tiene datos respecto del patrimonio del hospital. El enunciador refuerza su posicionamiento en el último párrafo:

k) Desde la Justicia, Gustavo Moreno, asesor tutelar en lo Contencioso administrativo (participó en los distintos amparos contra los neuropsiquiátricos), afirmó que “no pasa por anunciar planes; si se cumpliera con la ley de Salud mental alcanzaría. Las obras en los hospitales están atrasadísimas y falta personal” (Cl. 2/4, *Ibid*)

En este párrafo la cita que se selecciona también se afirma en la autoridad de la Justicia. Pone en cuestión la credibilidad de lo que se ha anunciado al señalar el incumplimiento de la Ley y las faltas respecto de las obras, y de personal.

El artículo presenta el asunto como la “reforma del sistema” de acuerdo con la perspectiva basada en el discurso de la Justicia, instalada desde el segundo

párrafo de la nota, que es la que ordenó refacciones, reforzando al mismo tiempo los instrumentos jurídicos, la ley de Salud Mental en este caso, que queda en oposición a los planes. Consecuentemente, los valores de celeridad, “la urgencia”, que se remarcan, el poder de “ordenar”, como el saber (también psiquiátrico), identificados con la Justicia que el diario adopta, ponen en escena un ethos conocedor del campo desde lugares diferentes al de la política.

La referencia a la palabra vergüenza en este artículo está ligada a “la situación actual” que como hemos señalado escenifica un desborde en varios sentidos, uno de ellos es el número de internados “más de 2000...”; otro, el número de consultas “más de 1,3 millón” por año. Otro sentido proviene de la descripción de los pacientes, cuya perspectiva no tiene espacio en la nota, como personas carentes (de recursos, hogar, trabajo) que en el deslizamiento de considerar sólo una dimensión económica de carencia construye una población excedente y como tal objeto de un *pathos* negativo.

El interdiscurso jurídico es el que sostiene la perspectiva de la nota, que incluye, a diferencia de las del diario *La Nación*, la referencia a la Ley 448. El diario toma distancia de los dos funcionarios que hacen el anuncio, quienes quedan en posición de ser también juzgados. La Justicia es la base de las objeciones al plan y de la contrapropuesta de “refaccionar” lo que hay. El argumento puede caracterizarse de conservador porque acentúa lo *concreto* y lo *real* (Perelman, 1997: 139).

1.2.3. Diario Página 12: Modelos

1.2.3.1. Preanuncio

El diario *Página 12* del 1° de abril de 2008 dedica al tema tres artículos, los tres en la sección *Sociedad*. Dos de ellos, uno el central, están dedicados a la posición de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS). Ahora nos ocupamos de la tercera subnota, que trata

específicamente la propuesta gubernamental. Su título es “Plan de salud mental” y está precedido por el enunciado “Macri presenta hoy su propuesta”, en la volanta. Este encabezado no utiliza la palabra ‘cierre’ y en lugar de “desmantelamiento de los hospitales” al que se refería el diario *Clarín*, se opta por la expresión, menos condenatoria, “desinstitucionalizar el sistema”:

a) El gobierno porteño presentará hoy un Plan de Salud Mental que impulsa desinstitucionalizar el sistema y prevé la descentralización de la atención mediante lugares de internación y hospitales de día, con el objetivo de rehabilitar y reinsertar en la sociedad a los pacientes.(P12, 1/4, “Plan de salud mental”)

Excepto el título que está en tiempo presente, la noticia es un anuncio del anuncio a realizarse, está escrita en tiempo futuro, y consiste en adelantar los rasgos del plan que habrá de anunciarse.

Es un futuro cercano indicado por el deíctico “hoy” en el enunciado principal que otorga fuerza fáctica a la totalidad del texto. La nota, sin firma, está redactada en *estilo cuasi indirecto* (Graciela Reyes, 1994:22) o indirecto libre, de manera que el enunciador se funde en el punto de vista de la fuente, la cartera sanitaria mencionada en el texto, tomando a su cargo la descripción de los trazos del plan que difunden. Para ello emplea términos técnicos destinados a un lector especializado (desinstitucionalización, descentralización), supuesto en un colectivo de identificación capaz de validar ese discurso. Trataremos específicamente este procedimiento, en el capítulo 4. En el cierre de la nota, la anticipación de las características del plan a anunciarse permite observar la identidad entre el enunciador y la propuesta de la cartera sanitaria.

En tanto, los hospitales de día permitirán un abordaje grupal e individual del paciente y posibilitarán la inclusión de las familias en el proceso terapéutico. Las casas de medio camino y familias sustitutas tendrán capacidad de albergar a unos 500 pacientes (P12, 1/4, *Ibid*)

1.2.3.2. En el nombre de la OMS

El diario *Página 12* del 2 de abril de 2008 publica nuevamente en la sección *Sociedad*, tres notas sobre el anuncio, analizamos aquí la nota central que desarrolla la perspectiva que adopta el diario. Dice, en tono irónico, el título de la nota: "La ciudad tendrá manicomios último modelo". La volanta en cambio es una toma de distancia del anuncio que se introduce con una evaluación negativa asumiendo la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud: "El modelo de salud mental anunciado ayer por Mauricio Macri contradice las recomendaciones de la OMS".

El copete amplía el asunto y la posición adversa a la del gobierno porteño: "El jefe de Gobierno porteño anunció la creación de diez nuevos centros de internación psiquiátrica para 500 pacientes y el cierre de los actuales neuropsiquiátricos. La OMS recomienda que las personas con discapacidad mental sean atendidas en hospitales". El contraargumento contiene una denominación diagnóstica: "personas con discapacidad mental".

a) El gobierno porteño anunció la creación de diez nuevos establecimientos de internación psiquiátrica cerrados, con capacidad para casi 500 pacientes, y el cierre de los actuales hospitales psiquiátricos porteños -cuyos predios se mantendrían como espacios públicos- en un plazo de dos años. Las medidas forman parte del plan de "Reforma del Modelo de Atención de la Salud Mental" en la ciudad de Buenos Aires, [...] (P12, 2/4 "La ciudad tendrá manicomios último modelo")

Este párrafo inicial presenta el anuncio en la misma línea que lo hizo en los títulos. Han cambiado de esta forma el asunto, y la cuestión, señalados en otros diarios. El eje se desplaza del cierre de los actuales neuropsiquiátricos a la inconveniencia de lo que se interpreta como aumento de este tipo de instituciones.

En efecto, la interpretación del anuncio pone en cuestión la propuesta gubernamental no por el cierre de los establecimientos o por el destino del

espacio, que se enuncian como “medidas” de un plan de “Reformas del Modelo de Atención en Salud Mental”, sino por el contrasentido que expresa la meta de crear “nuevos establecimientos de internación psiquiátrica”. La perspectiva interpretativa continúa en el siguiente párrafo.

b) El Plan fue presentado por Mauricio Macri, jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y Jorge Lemus, su ministro de Salud. Macri destacó que la internación psiquiátrica en la ciudad corresponde a "un modelo asilar, ya agotado" y señaló la "injusticia de que el que puede pagar tiene acceso al sistema privado" de atención, mientras que los establecimientos públicos presentan "una estructura edilicia obsoleta, con edificios que datan del siglo XIX". (P12, 2/4, *Ibid*)

Citando los dichos del Jefe de Gobierno, críticos al “modelo asilar, ya agotado” y sensible ante las diferencias como que “el que puede pagar tiene acceso al sistema privado” se prepara el terreno para poner luego en evidencia distintas contradicciones de su discurso. La selección de citas muestra el modelo asilar, sobre el que hay acuerdo en la valoración negativa, y lo público, donde no necesariamente hay tal acuerdo. Lo público se identifica por sinécdoque al valor negativo del “modelo asilar” como si no hubiera modelo asilar en las instituciones psiquiátricas privadas.

La presuposición del argumento favorable al sistema privado se halla presente también en el enunciado “la injusticia de que el que puede pagar tiene acceso al sistema privado”, que el enunciador periodístico cita de modo directo. La noción valorativa de injusticia en el acceso aporta un refuerzo a la perspectiva del anuncio gubernamental de la que el enunciador se diferencia. Esto se manifiesta luego en el diálogo que se presenta en un fragmento de la nota:

e) -¿Por qué el plan anunciado no se atiene a los criterios de la OMS, que requiere la atención de la salud mental en hospitales generales y desalienta la construcción de nuevos lugares de internación psiquiátrica? -preguntó Página/12.

-Los planteos de OMS impulsan la desinstitucionalización, cosa que aceptamos -

contestó Lemus-. Aconsejan la internación de pacientes psiquiátricos en hospitales generales de agudos, pero nosotros no contamos con las condiciones para lograr este objetivo. Los hospitales de agudos, muchos de los cuales tienen más de cien años, no tienen las condiciones adecuadas ni la contención que necesitan los pacientes psiquiátricos. Debemos hacer una transición y por eso abriremos estos centros, cuya modalidad permitirá externaciones rápidas. (P12, 2/4, *Ibid*)

La pregunta que inicia esta parte del artículo escenificada como una entrevista establece, en acuerdo con los criterios de la OMS supuestos a su vez al prodestinatario, un desacuerdo fundamental con el “plan anunciado” y por lo tanto con la perspectiva del gobierno de la ciudad que de esta forma ocupará la posición adversativa.

La respuesta de Lemus tiende a reducir la fuerza adversativa de los argumentos... Desde el punto de vista semántico, el tenor de las diferencias entre los planteos es menor con el cambio de verbo en la reformulación de la respuesta. El verbo requerir, de la pregunta “...los criterios de la OMS, que requiere...” se sustituyó por el verbo aconsejar “Aconsejan la internación de pacientes psiquiátricos en hospitales generales de agudos...” de menor fuerza semántica.

El contraargumento se basa en negar la oposición de la que parte la pregunta señalando el acuerdo, a través de la aceptación de los planteos de la OMS y la identificación con ese mismo universo.

Los “planteos de la OMS” resultan así un lugar o universo de identificación que estaría en disputa. De allí que la construcción adversativa, el “pero” no refiere ya a los criterios sino a la polaridad entre lo real y lo posible. El argumento del funcionario establece un *lugar de lo real* frente al *lugar de lo ideal* que correspondería al planteo de la OMS.

Los argumentos contruidos sobre el lugar de lo real son los que describen las condiciones de los hospitales –no psiquiátricos- que tienen, también, “más de cien años”. El enunciado pasa de este aspecto en el quedan homologados los

hospitales, por la antigüedad de las estructuras edilicias a redefinir lo real por la necesidad de “contención” como una necesidad de “los pacientes psiquiátricos”. El lugar de lo ideal se modifica en función de las “condiciones adecuadas” y de “contención que necesitan los pacientes psiquiátricos”.

La noción de “desinstitucionalizar” – atribuida a la OMS- se ha ubicado en el tópico de lo posible como siendo lo no-posible; el enunciador ofrece a cambio un elemento de persuasión, la “transición a las externaciones rápidas”, retomando de esta forma el universo de identificación con los planteos de la OMS.

g) En cuanto al tiempo que demandaría concretar el plan, Macri precisó: “Le he pedido al ministro que el nuevo modelo esté funcionando en un plazo de 24 meses”. Tras ese lapso, los actuales establecimientos psiquiátricos “quedarán desafectados de la actividad; se verá qué destino se les asigna, manteniéndolos como espacios públicos”. (P12, 2/4, *Ibid*)

El tiempo se retoma en el texto con la cita de Macri, cuyas palabras lo muestran en actitudes directivas que colocan al tercero, el ministro, en una posición subordinada. El acuerdo con el destinatario de mantener los espacios “como espacios públicos” reasegura el anuncio de desafectar los establecimientos y “ver” el destino de los espacios.

h) Lemus agregó que “en cuanto a los más de 2000 pacientes internados en el Borda, el Moyano y el Tobar García, estudios previos muestran que más del 50 por ciento está por problemas sociales, no psiquiátricos; otros se beneficiarían con otros tratamientos distintos a la internación”. (P12, 2/4, *Ibid*)

El enunciador sigue citando, ahora a Lemus, que argumenta a favor del plan anunciado, desde el *lugar de la cantidad* y su función *particular*. El anuncio de un beneficio para “otros”, personas y “tratamientos” se apoya en las premisas acerca de la internación y del tipo de “problemas”, aludidas por medio de elementos de juicio de tipo cuantitativo. La cantidad de pacientes y porcentaje de problemáticas que no son psiquiátricas constituyen en beneficiarios indebidos a los actuales

“más de 2000 pacientes” y el “más del 50 por ciento que está por problemas sociales” son así *lo otro*, desde el punto de vista social, y en términos de destinación, el sujeto desautorizado.

El periodista toma distancia polémica respecto del anuncio apoyándose en otro sujeto valorado positivamente, al cual hace participar para poner en cuestión o negar los argumentos del ministerio.

j) El ministerio anunció que el plan "fue presentado a la Academia de Medicina, la Asociación Médica Argentina, la Asociación de Médicos Municipales, la Federación Médica de la Capital Federal (Femeca) y la OPS, entre otros". Un vocero de la OPS aclaró a este diario que la entidad "no recibió todavía por escrito el plan y no formula opinión respecto del mismo". (P12, 2/4, *Ibid*)

La mención de las instituciones médicas introduce un régimen de autoridad que jerarquiza ante el colectivo de identificación, a las organizaciones supranacionales como OPS, antes OMS. De esta forma la respuesta del vocero de la OPS que sugiere distancia de esa entidad con el anuncio de marras induce a similar disposición.

El artículo confronta el anuncio del gobierno porteño cuestionando globalmente el modelo político-técnico desde una identificación con los organismos internacionales y su perspectiva. Por medio de esta estrategia se pone en escena una modalidad de desautorización que se acerca a la *pugna polifónica por la palabra autorizada* (Negroni, 1988:95)

1.3. Hasta aquí

Observaciones finales

El análisis realizado permite resumir las respuestas de los tres diarios en tres disposiciones argumentativas: identificación y refuerzo con elementos polémicos, refuerzo y ajuste, y refuerzo con momentos de desautorización. Los tres diarios exponen diferencias en distinto grado que se enmarcan a nuestro entender, en un “espacio común de desacuerdo hegemónico”.

El diario *La Nación* asume y se identifica con la propuesta oficial reforzando esta posición por medio de reforzar valores que la asocian con la imagen de dignidad y ejecutividad. Construye un colectivo de identificación en base a un prodestinatario, el gobierno y los ciudadanos, que incluye a los especialistas en salud mental y a las leyes vigentes, y una zona adversativa, la del modelo, también “vigente”, que establece a lo largo de las notas, a un contradestinatario explícito que son “las sucesivas administraciones”. Esto es más claro en el primer día mientras que en el siguiente (2/4) el medio se distingue relativamente por medio de la inclusión de voces que formulan objeciones al anuncio. Escenifica así una “polémica” que parte de los acuerdos o la valoración positiva de los enunciadores con premisas del anuncio.

El diario *Clarín* parte de reforzar el anuncio desde el acuerdo asumiendo luego una posición conservadora a favor de la refacción, en base a argumentos que señalan la falta de obras edilicias, como “falta” del propio gobierno en relación con la Justicia que ordenara reformar los “hospitales”. Denominamos “ajuste” a esta posición del diario, que realiza de dos modos, por medio de la voz de la justicia, y en la opción que hace al presentar el anuncio como “plan de reformas”.

Página 12 presenta primero identificación que refuerza el anuncio del gobierno de la ciudad al que luego confronta no por desacuerdo con el cierre, o con desinstitucionalizar como lo nombra el diario, porque es en realidad un punto de

acuerdo, sino por caracterizar al modelo presentado como contrario a la perspectiva de los organismos internacionales a la que el medio adhiere y desde el cual desautoriza al anuncio.

Hemos visto hasta aquí las transformaciones argumentativas que surgen de contrastar el abordaje de las notas de los tres medios seleccionados, al responder y tratar el anuncio oficial. En el siguiente capítulo nos ocuparemos de los componentes escénicos de la enunciación periodística y el tópico de los derechos humanos que resulta central en los argumentos.

1.4. Bibliografía

- Angenot, M. (2010): *El discurso social: problemática de conjunto*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.
- Aristóteles (2007): *El arte de la Retórica*. Eudeba, Buenos Aires. Trad. E. Ignacio Granero.
- Bajtín, M. (2005): *Estética de la creación verbal*. Siglo XXI editores Argentina. Buenos Aires.
- Maingueneau, D. (2002): Problemes d'éthos, en *Pratiques* N°113/114, junio de 2002, pp55-57 (traducc. M. Eugenia Contursi)
- (1987): *Nuevas tendencias en Análisis del Discurso*. 2da parte. Ed. Hachette. Université d' Amiens. Trad. Marta Marin, 28pg.
- (1997): A Cena enunciativa. Cap 1 en *Novas tendências em Análise do discurso*. Ed. Pontes, Campinas, SP. Pp. 40
- Negróni, M.M. (1988): La destinación del discurso político: una categoría múltiple. En *Lenguaje en contexto*. Editora Beatriz Lavandera. Buenos Aires.
- Plantin, Ch. (2008): *A argumentação. História, teorias, perspectivas*. Ed. Parábola. São Paulo.
- Perelman, Ch. (1997): *El imperio retórico. Retórica y argumentación*. Grupo Editorial Norma. Bogotá
- Reyes, G. (1994): *Los procedimientos de cita: citas encubiertas y ecos*. Arco/libros, S.L, Madrid

Verón, E. (1987): La palabra adversativa. Observaciones sobre la enunciación política. En *El discurso político. Lenguajes y acontecimientos*. Eliseo Verón y otros. Ed. HACHETTE. Buenos Aires. Pp 11-26.

Corpus de diarios

LN. 1/4: Proponen cerrar el Borda y el Moyano

http://www.lanacion.com.ar/informaciongeneral/nota.asp?nota_id=1000471

LN. 2/4: Macri prometió cerrar en dos años los hospitales borda y Moyano

http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1000650

Cl. 2/4: El gobierno de Macri presentó un plan de reformas que busca terminar con los internados crónicos

<http://www.clarin.com/diario/2008/04/02/laciudad/h-04601.htm>

P. 12. 1/4: Plan de salud mental

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/3-32027-2008-04-01.html>

P. 12. 2/4: La ciudad tendrá manicomios último modelo

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-101697-2008-04-02.html>

Capítulo 2

TÓPICOS, CATEGORÍAS VALORATIVAS Y SUBJETIVAS

2.1. Instancias retóricas e ideologema

Las respuestas de la prensa al anuncio que a su vez difunde, partieron de un *acuerdo* en la evaluación negativa de las condiciones actuales de internación psiquiátrica. Este acuerdo inscripto en el *discurso social* y sus condiciones de *hegemonía* se constituye a través de sucesivas variaciones y deriva luego en tres direcciones que pueden leerse en diferentes bloques de la notas, y en las perspectivas argumentativas que adopta cada medio. Podemos resumir estas orientaciones como: identificación y refuerzo en los tres medios, con elementos polémicos en uno, ajuste conservador en otro, y distanciamiento y desautorización en otro. Si bien estas posiciones recorren los distintos textos, se presentan con mayor nitidez la primera en *La Nación*, la segunda en *Clarín*, y la tercera en *Página12*.

Hemos señalado en el capítulo anterior que las notas periodísticas no presentan como única función informar o dar a conocer lo ocurrido sino que buscan adhesión a un punto de vista propio sobre el proyecto gubernamental, y esa búsqueda persuasiva tiende a asimilarlas a la propaganda política (Plantín, 2001). La prensa insta entonces, un espacio de enunciación que “incorpora” al lector en condición de sujeto votante (sobre todo teniendo en cuenta la cercanía del anuncio con las elecciones que llevaron a Macri a la jefatura de gobierno de la ciudad) y para ello, más allá de los eventos centrales sobre los que informa, construye discursivamente argumentos a favor de un punto de vista en torno de las cuestiones que aborda.

La tradición retórica se ha detenido en la complejidad de este tipo de construcciones que no reduce al encadenamiento de proposiciones plausibles o aceptables el proceso persuasivo. En efecto, subraya que los razonamientos desplegados sólo son aceptados en la medida en que la voz de quien los enuncie resulte legítima, es decir, en la medida en que sean atribuidos a un *ethos* que de un modo u otro garantice el decir. A la vez, en la medida en que buscan “mover” los posicionamientos del público, “tocar” la sensibilidad del otro frente a los problemas que abordan, en el desarrollo argumentativo se despliegan pruebas propias de lo que la retórica denominó el *pathos*, que tienden a conmover y a suscitar la emoción adecuada para que el razonamiento sea aceptado. Como veremos, en las notas se suelen nombrar las pasiones, hecho que da cuenta del *ethos* de quien las nombra y que indirectamente busca suscitarlas en el público.

Maingueneau (1997) en sus reflexiones sobre el *ethos*¹, señala que en los textos y a través del discurso, la instancia subjetiva se manifiesta como “voz” o voces y como “cuerpos enunciantes” históricamente especificados e inscriptos en una

¹ “... ‘a teoria do discurso não é uma teoria do sujeito *antes que este enuncie*, mas uma teoria da *instancia de enunciação* que é, ao mesmo tempo e intrinsecamente, um efeito de enunciado” (Maingueneau, 1997:32-33). “El texto está sempre relacionado a alguém, uma voz que atesta o que é dito... [...] Trata-se antes de levar em consideração a maneira como a cenografia gere sua vocalidade, sua relação inelutável com a voz” (Maingueneau, 2001).

situación que su enunciación presupone, y valida a la vez, en forma progresiva. Dicha corporeidad, o “instancia subjetiva encarnada” y dotada de valores constituye un *ethos* que en el texto combina la configuración socio-histórica de sucesos y la organización escénica de géneros y palabras. El *ethos* surgido del marco interactivo funciona como garante y figura correlativa del co-enunciador, que a través lo que Manguineau (2009) denomina *incorporación*, participa de la escena común, de la escenografía creada en el texto y del universo de sentido. De este modo la configuración escénica del texto establece la situación común que restringe la dirección interpretativa de su lectura e incide², en las opciones posibles de los posicionamientos por parte de los destinatarios. El concepto de *ethos* corresponde al enunciador, que en las notas periodísticas que estudiamos es el medio o enunciador periodístico. Al avanzar en el trabajo de investigación observamos que el medio, en el camino de tratar el anuncio del gobierno porteño y convocar las voces para dicho tratamiento, construye paralelamente, el *ethos* de esos sujetos.

La participación del lector destinatario convoca la instancia subjetiva no sólo del *ethos* del enunciador por su función axiológica sino correlativamente, del *pathos* que conmueva al lector y que de una u otra manera se asocia a los juicios axiológicos supuestos. Las emociones también han sido objeto de reflexión desde la antigüedad hasta nuestros días. Si bien Aristóteles las aísla y distingue del *ethos* y del *logos*, la tradición posterior tendió a integrarlas. Hoy se defiende la tesis de la indiscernibilidad, según la cual no es posible construir un punto de vista sin asociarlo a un afecto (Plantín, 2005).

² Comparable con la acepción de ideología que da Slavov Zizek (2003) “Una ideología, entonces, no es necesariamente ‘falsa’: en cuanto a su contenido positivo, puede ser ‘cierta’, bastante precisa, puesto que lo que realmente importa no es el contenido afirmado como tal, sino *el modo como ese contenido se relaciona con la posición subjetiva supuesta por su propio proceso de enunciación*. Estamos dentro del espacio ideológico en sentido estricto desde el momento en que este contenido –‘verdadero’ o ‘falso’ (si es verdadero, mucho mejor para el efecto ideológico)- es funcional respecto de alguna relación de dominación social (‘poder’, ‘explotación’) de un modo no transparente: *la lógica misma de la legitimación de la relación de dominación debe permanecer oculta para ser efectiva.*” (p. 15)

En el capítulo analizaremos los argumentos centrales y el *ethos* en articulación con la dimensión afectiva que se moviliza alrededor del anuncio del jefe de gobierno de la ciudad. La prensa, en las notas que revisamos, tiende a plantear su perspectiva por medio de esta articulación. Como veremos, los sentimientos (asociados a una carga axiológica reconocida en la doxa como positiva) que menciona por lo general directamente en la consecución de una empatía por parte del destinatario, provienen de las voces de terceros con autoridad, entrevistados o citados en las notas, en los que el medio se proyecta y a la vez posibilita al destinatario proyectarse en él.

Por otra parte, “el pathos, en el sentido aristotélico está vinculado con la actividad en el lenguaje tanto como con los tópicos que sostienen el discurso” (Amossy, 2000:13). En análisis argumentativo distinguimos los *tópicos* que sostienen el despliegue de los argumentos, el modo en que los medios construyen el *ethos* e interpelan a las emociones en relación con la búsqueda de adhesión. La reflexión sobre los *tópicos* también proviene de la retórica clásica que señalaba que existían fuentes o lugares en los que se podían buscar los argumentos para persuadir. En esta perspectiva, la identificación de los tópicos debía hacer más fácil y eficaz la tarea de encontrar premisas y argumentos apropiados para establecer una conclusión dada. Un *tópico*, así entendido, está a medio camino entre la doxa, de la que proviene y el argumento, que contribuye a construir (Von Moos, 1993). Algunos teóricos, como Marc Angenot (2010), lo han considerado como la premisa aceptada (propuesta o presupuesta) que autoriza el pasaje a la menos aceptada o controvertida. Ese enunciado general descansa en una representación de mundo común, por lo que Angenot lo denomina “ideologema”. El carácter compartido de los *tópicos* y el hecho de constituir un punto de partida de la argumentación ha sido destacado por Perleman (1958), que opta por denominarlos “acuerdos”. Analizaremos a continuación uno de estos acuerdos construido sobre el tópico de los “derechos humanos” y al final del capítulo nos referiremos a los acuerdos construidos en torno del espacio edilicio del hospital y las discrepancias que genera su tratamiento.

2.2. Derechos humanos: un tópico común y diferentes pasiones

Independientemente del punto de vista de cada medio al tratar el anuncio del jefe de gobierno, uno de los lugares desde donde se construyen argumentos tanto a favor como en contra del proyecto es el de la apelación a los derechos humanos. El ideologema que los expresa podrían formularse del siguiente modo: *"La salud mental es un derecho humano que debe ser respetado"*.

Este tópico da lugar a un conjunto de argumentos. Algunos de ellos vinculan el derecho a la salud mental con el campo jurídico y las leyes internacionales vigentes. A partir de allí, concluyen que los hospitales psiquiátricos deberían cerrarse básicamente porque su existencia viola la ley. En otros casos, el tópico es tratado a partir de la construcción de una identidad entre la institución carcelaria y el hospital psiquiátrico. El razonamiento es que el hospital psiquiátrico coarta la libertad al igual que lo hace la prisión. Como el paciente psiquiátrico tiene derecho a ejercer su libertad, el hospital, que la obstaculiza, debe ser cerrado. El tópico también es empleado en relación con la ética y es esta asociación la que lleva a argumentar la necesidad del cierre de los hospitales para garantizar valores como la dignidad de los internos.

Finalmente, recurren al tópico quienes no acuerdan con el cierre de los hospitales sino que buscan mejorar o reformar sus condiciones. En estos casos, la defensa de los derechos humanos está vinculada a la urgencia de remodelación en los edificios.

El tópico de los derechos humanos se asocia actualmente con acontecimientos que confieren una fuerte carga valorativa, entre ellos la lucha contra la dictadura y el terrorismo de Estado, por ser significativos de la historia argentina reciente. En el campo de la salud, los derechos humanos son invocados en los cuestionamientos históricos a la institución psiquiátrica y a los métodos de encierro o de shocks; entre esos cuestionamientos tienen una especial repercusión los resultados que surgen de las investigaciones realizadas por el CELS (Centro de

Estudios Legales y Sociales)³ respecto de la situación de las instituciones psiquiátricas.

En el corpus, el cuestionamiento del estado y/o existencia de las actuales instituciones psiquiátricas desde el discurso de defensa de los derechos humanos es hegemonizado por la perspectiva de los organismos internacionales (Organización Panamericana de Salud –OPS–, Organización Mundial de la Salud –OMS) principalmente en el diario *Página 12* y en la misma línea una nota del diario *Perfil* que incluimos en este capítulo. Esa voz es la que se cita no sólo en los enunciados del gobierno de la ciudad sino también y principalmente, cada vez que se cuestiona dicha propuesta. Así por ejemplo, en la nota del diario *La Nación* del 2/4/08, “Macri prometió cerrar en dos años los hospitales Borda y Moyano” el presidente de la Asociación de Profesionales del Hospital Tovar García discute polémicamente el anuncio gubernamental aceptando que “El plan comparte los estándares internacionales en cuanto a los derechos humanos pero...” Esta construcción adversativa le permite destinar el resto del párrafo a especificar las objeciones al plan.

Como señalamos, la perspectiva que aprueba el cierre de los manicomios desde este tópico se lee con nitidez en dos de los tres artículos que publica, con firma, el diario *Página 12* del 1 de abril sobre el tema. En ellos, la voz citada es la de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La nota principal titulada “El hospital psiquiátrico debe eliminarse” es precisamente una entrevista a un experto de la OPS, que anticipa desde la volanta el tópico y su orientación: “Para Javier Vásquez, experto de la OPS, las internaciones psiquiátricas vulneran los derechos

³ Citando el Resumen ejecutivo (Hillman de Velásquez y otros (2008)): “*Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* documenta violaciones a los derechos humanos perpetrados contra las, aproximadamente, 2.500 personas que están detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas” que aclara en nota al pie sobre la utilización indistinta de los términos ‘personas institucionalizadas’, ‘personas internadas’ o ‘personas detenidas’” (p.10)

humanos". El copete de la nota presenta las alternativas al mal que debe ser eliminado de raíz, "erradicado", pero paulatinamente:

El especialista explica por qué los hospitales psiquiátricos deben ser "erradicados paulatinamente". El tratamiento debe hacerse en hospitales generales o servicios comunitarios. Propone incorporar en este proceso de reforma a "las propias personas con discapacidad mental" (P.12, 1/4. "El hospital psiquiátrico debe eliminarse")

Esta presentación de la entrevista y del entrevistado apela al interdiscurso de la gestión técnico-jurídica:

La erradicación de los manicomios ha dejado de ser tema de debate para constituirse en un mandato transmitido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de los pactos internacionales de derechos humanos. Así lo explica Javier Vásquez, especialista de la OPS, al señalar como "un problema central en América latina la pérdida de la libertad personal que conllevan las internaciones psiquiátricas". A partir de criterios establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la OPS requiere: el traslado de la atención en salud mental desde el hospital psiquiátrico a los hospitales generales; la supresión o reducción al mínimo de la internación, reemplazada por la atención ambulatoria y, eventualmente, la residencia en casas comunitarias; para los que ya están internados, revisión de cada "privación de la libertad" por comisiones independientes. Sobre esas bases debiera promoverse el despoblamiento progresivo de las instituciones psiquiátricas, hasta su desaparición –destaca Vásquez, nacido en España, quien, en Buenos Aires, intervino en el Taller sobre Salud Mental y Derechos Humanos, con ministros de la Corte Suprema de la Nación–. Los protagonistas principales de este proceso deben ser "las propias personas con discapacidad mental: ¿quién podrá defender sus derechos mejor que ellos mismos?". (P.12. 1/4, *Ibid*)

La privación o pérdida de libertad queda enunciada como problema central y remite al corpus y principio de autoridad que deviene en "mandato" de OPS, y su identificación con los pactos internacionales de derechos humanos. Garante de

estos valores, el entrevistado es presentado en su condición de experto nacido en un país de Europa y por su intervención en *el Taller sobre Salud Mental y Derechos Humanos, con ministros de la Corte Suprema de la Nación*, atributos que dan forma a su imagen y a su legitimidad como enunciador.

Esta misma línea argumentativa se registra en otra entrevista firmada por Mario de Ambrosio, que el diario *Perfil* publica el domingo anterior al anuncio (30 de marzo de 2008). El medio presenta a un entrevistado Lawrence Gostin, como abogado invitado por la OPS en una de las dos notas que le dedica al tema ese día. La misma lleva por título: "No se respetan los derechos humanos de pacientes con enfermedades mentales". La presentación del entrevistado es ampliada en el copete:

Dirige el Instituto de Leyes de la Salud en la Universidad de Georgetown y fue parte de los equipos de Hillary Clinton para la fracasada reforma de la salud en los Estados Unidos. Lawrence Gostin vino a la Argentina para participar de un taller sobre salud mental que terminó el viernes, invitado por la OPS. (*Perfil*, 30/3/08 "No se respetan los derechos humanos de pacientes con enfermedades mentales")

En este copete, el entrevistado es posicionado como figura de respeto a través de los aspectos que lo describen. Los atributos personales, las actividades políticas como demócrata y su actividad profesional le confieren crédito identificándolo como garante de su palabra, del sentimiento de compasión que busca suscitar y del posicionamiento que el medio adopta:

"Gostin compara los manicomios con las cárceles, y quiere que exista un trato compasivo hacia los enfermos" (*Perfil* 30/3, *Ibid*)

En el párrafo citado se recorre el tópico jurídico estableciendo la relación institución psiquiátrica-cárcel que como vimos en la nota de *Página 12* a Javier Vásquez, especialista de la OPS, este también aborda al señalar como "un problema central en América latina la pérdida de la libertad personal que conllevan las internaciones psiquiátricas" Vazquez reformula dicho problema más adelante

en el mismo párrafo como “privación de libertad” (P.12, 1/4 “El hospital psiquiátrico debe eliminarse”). Recordemos que como hemos señalado en el capítulo uno, el mismo tópico que aparece en las citas en discurso directo hechas por el diario *La Nación* del 1/4 (“Proponen cerrar...”) se planteaba desrealizado bajo la formulación “como si hubiera una cárcel adentro”, negando la existencia de cárceles en las instituciones psiquiátricas y desautorizando a la voz vehicuíza las denuncias.

A diferencia del tratamiento del tema en otros medios, el periodista (en el diario *Perfil*) destaca del entrevistado que “quiere que exista un trato compasivo hacia los enfermos”, deseo que presenta en contraposición a las formas del encierro. Y continúa luego la presentación del entrevistado destacando su papel en la reforma de la cobertura de salud de EEUU:

Así, en esas pocas palabras, podría resumirse el programa humanista del norteamericano Lawrence Gostin [...]: es conocido por ser el autor de leyes modelo en su país y formó parte de los equipos de salud de Hillary Clinton, en la época en la que la actual precandidata presidencial demócrata tenía una banca en el Congreso y propuso una reforma para que el país tuviera cobertura universal de salud (*Perfil* 30/3, *ibid*)

Esta referencia a su actividad a favor de una reforma del sistema de salud no es menor en su significación, porque recordemos, es una reforma de un sistema de salud (el estadounidense) que ha sido considerado un modelo ineficiente, sostenedor de poderosas corporaciones, y excluyente porque deja sin cobertura a una población muy amplia conformada por extranjeros latinos y negros⁴. El diario

⁴ El sistema a reformar es un sistema de tipo privado (Modelo Privado Atomizado según la clasificación de Londoño y Frenk) expuesto al menos desde la década de los '70 y posteriores reformas a la continua reducción de gastos y recortes presupuestarios que no cubre a una amplia franja de la población, aproximadamente 46 millones de personas, y que sostiene un poderoso capital financiero ligado a laboratorios, tecnología y empresas aseguradoras, de ahí que el gasto en salud no obstante su baja eficacia es de aproximadamente US\$ 2,5 billones. Se basa en los programas de seguros, además de los planes para la población económicamente activa (PEA) en el marco del empleo, el Medicaid y Medicare para pobres y para ancianos y discapacitados, respectivamente, y los HMOs y Managed Care, modalidades de prepagos que a la vez se subdividen y segmentan. El sistema concebido como mercado de salud se rige por una managed

asocia luego al entrevistado con el movimiento que impulsó en Italia la “Reforma Psiquiátrica” no por su participación en ella sino por su vínculo de amistad, es decir afectivo, con Franco Basaglia,

No al manicomio. Gostin también fue amigo de Franco Basaglia, el pionero que encaró en Italia en los 60 una revolucionaria reforma para acabar con los psiquiátricos. Como sucedió en la Argentina en la provincia de Río Negro, y también en California cuando la gobernaba Ronald Reagan, la experiencia no fue todo lo exitosa que se esperaba. Y Gostin lo reconoce: “El cierre de las instituciones puede ser maravilloso siempre y cuando se provea buen servicio mental y apoyo de la comunidad. En Italia hubo problemas pero puedo decirle, porque lo vi, que cuando el paciente deja el hospital y se inserta en la comunidad es más feliz y más libre”. (Perfil 30/3, *Ibid*)

La asociación con Franco Basaglia, impulsor de la reforma psiquiátrica italiana a la que se califica como “revolucionaria” provee un acento complementario o compensatorio, por ‘izquierda’ a la construcción de la imagen del entrevistado y por lo tanto a la perspectiva argumentativa. De esta forma, el diario destaca las cualidades del *ethos* previo, o prediscursivo, que permiten dar cuerpo y dotar de valores históricos particulares a un sujeto que ha de operar como garante de la relación positiva del cierre de los manicomios con los derechos humanos, según el acento que asume en el modelo propuesto por la OPS. Asimismo, la configuración escénica de la entrevista y la mención de la amistad con Basaglia, instaura un modo enunciativo que hace intervenir la lógica pasional en la transformación de

competition (competencia administrada). En 1993 el entonces presidente Clinton presentó una reforma del sistema de salud, la Health Security Act (HSA) prometida durante su campaña electoral, que contenía los siguientes puntos: “1) cobertura universal, 2) beneficios uniformes y comprehensivos, 3) creación de los Health Alliances, 4) Principio del mandato del empleador, 5) libre elección universal, 6) oferta de los planes de salud en las Alianzas regionales, 7) principio del mandato único de las Alianzas” (Tabares, Fleury, 2005:140). Esta reforma diseñada por Hillary Clinton e *Ira magazine* no recibió la aprobación del parlamento con mayoría de la propia fuerza, sí las siguientes dos del ‘96-’97 y ‘99-2000, durante el mismo gobierno. (Tavares, Fleury, 2005; Malinow, 2009) Una nueva reforma se aprobó recientemente con el actual gobierno de Barak Obama.

sentidos. Esto es así en tanto según la perspectiva semiótica de Paolo Fabbri (2000) la narratividad aporta la función configurante y momentos pasionales (Ruiz Collantes, 2003). Da ahí que podemos observar en la narrativa del diario, las asociaciones entre las nociones afectivas y el discurso de los derechos humanos. En las dos entrevistas mencionadas (P.12, 1/4 y *Perfil* 30/3), los medios relacionan el tópico de los derechos humanos y sus acentuaciones dialógicas con las cualidades que dan crédito a los entrevistados y a sus posiciones, al destacar los rasgos de las comunidades imaginarias a las que remiten como también a los afectos involucrados en la narrativa de sus trayectorias.

Podemos distinguir a partir de aquí algunas variaciones intrahegemónicas en el enfoque relativo a las políticas sanitarias y la relación del tópico de los derechos humanos con los significantes del *pathos*. Por un lado, las posiciones varían en relación con el respeto (como disposición valorativa y afecto) a los derechos humanos como a los pacientes, por otro lado, a partir de las voces que traen las citas en discurso directo y la modalidad de entrevista, se articulan a las perspectivas argumentativas de las notas otros dos afectos invocados: la compasión y la vergüenza.

2.2.1. El respeto, los respetos

En los distintos medios el “respeto” en tanto valor y modo de interpelación al lector adquiere diferentes sentidos.

Como hemos señalado, las citas hechas en discurso directo por el diario *La Nación* del día 2/4 presentan al anuncio del jefe de gobierno asignándole a su autor un ethos de gestión que acentúa la urgencia y la ejecutividad, lo que se afirma en expresiones de modo indicativo, en futuro simple o en tono imperativo, o a modo de exhorto como se observa en el fragmento: “Queremos que Buenos Aires tenga un sistema de salud mental que garantice la dignidad y respete los derechos humanos de los pacientes” (LN, 2/4, “Macri prometió cerrar en dos años los hospitales Borda y Moyano”)

La cita ubica los derechos humanos en relación con los valores de la dignidad y el respeto frente a un sujeto identificado como *paciente*, configurando de ese modo un escenario deseable para una comunidad imaginaria democrática. A su vez, el 'respeto'⁵ por los derechos humanos se acerca en este enunciado a una indicación de orden institucional que acentúa la asimetría. La podemos observar en la referencia jurídica que se plasma en los instrumentos, declaraciones y leyes que avalan las propuestas de reforma por parte de los organismos gubernamentales y no-gubernamentales. La asimetría se marca también con la remisión a "los especialistas en salud mental y las leyes vigentes" que "afirman esto".

En el diario *Clarín*, el tópico relativo al respeto permite la construcción de argumentos con diferente significación. Veamos el segundo párrafo de la nota del 2 de abril:

En la presentación hablaron Mauricio Macri y su Ministro de Salud, Jorge Lemus. "La situación actual es una vergüenza, es una falta de respeto a los derechos humanos de los pacientes y los trabajadores..." (Cl. 2/4. "Salud mental: quieren cerrar en dos años el Borda y el Moyano")

La palabra se encadena en la afirmación es una "falta de respeto" en relación con el sentimiento de la vergüenza, y como expresión normatizante es utilizada generalmente a la manera de juicio desaprobatorio de una conducta que trasgrede normas de una institución o sus derivados y símbolos. La expresión es utilizada aludiendo a personas con autoridad, o personas mayores en edad o jerarquía. De ese modo, la expresión permite componer escenarios de asimetría de posiciones⁶

⁵ En sus trabajos sobre el multiculturalismo, Zizek (2001) llama la atención acerca de la utilización que hace el multiculturalismo del 'respeto' para lo que él considera un *racismo con distancia*. Desde este punto de vista, al afirmar como 'respetable' la especificidad del Otro, se reafirma la propia superioridad como posición universal, posición privilegiada del modo de colonización que ejerce el capitalismo global (Zizek, 2001:172)

⁶ Asimetrías que existen por ejemplo entre un/a alumno/a respecto de un/a director/a, un hijo/a respecto de un padre o madre, etc. Pero también, más allá del párrafo, entre quienes no respetan las normas institucionales están, para el sentido común, las personas consideradas *locas*.

que son típicas del discurso de las instituciones en general y se extreman en las instituciones totales.

Al mencionar luego a pacientes y trabajadores, dos sectores que conjugan una posición de clase subalterna, los/sus derechos humanos pierden el estatuto de valor universal, para particularizarse en el mismo movimiento que han de sustituirse otros derechos particulares y específicos como son el de la salud o las condiciones de trabajo. En este caso, el sintagma *falta de* pone en la misma serie el *respeto a los derechos humanos* con la escasez de los recursos de infraestructura, técnico administrativos y operativos que fueron reducidos como parte de los efectos de las políticas sobre el sector salud y los establecimientos públicos. El diario *Clarín* traslada el juicio afectivo negativo por la falta de respeto a los derechos humanos y otras faltas, como el desorden que requirió de la intervención de “la Justicia”, a la falta de respeto que surge de “que en el Ministerio de Salud no supieron responder cuántas camas de internación tienen el Borda y el Moyano”

El diario *Página 12* ubica al anuncio del gobierno porteño en la nota “La Ciudad tendrá manicomios último modelo” del 2/4, en posición de no respetar, de contradecir las recomendaciones de la OMS, tal como afirma en la volanta: “El modelo de salud mental anunciado ayer por Mauricio Macri contradice las recomendaciones de la OMS” al interpretar que se abrirían más lugares de internación: “El jefe de Gobierno anunció la creación de diez nuevos centros e internación psiquiátrica...”. Es decir, aquí la cuestión del respeto se asocia con las instituciones y sus indicaciones que según el diario, no son respetadas.

En síntesis, considerando al “respeto” como una categoría subjetiva, un afecto a suscitar, el *respeto a los derechos humanos* permite en la nota de *La Nación* presentar el anuncio de “cerrar... los “hospitales...” en relación con un afecto positivo ligado a la dignidad y a la autoridad técnico-jurídica. En la nota del diario *Clarín* el énfasis puesto en la falta de respeto a los derechos humanos es parte de la serie de otras faltas entre las que ubica a las autoridades del Ministerio por su

responsabilidad en la situación de “los hospitales psiquiátricos” a la que califican de “desastrosa”, en contraposición a la autoridad (respetabilidad) de la Justicia que ordena refacciones.

Las notas que refieren a los estándares internacionales publicadas en *Página 12* y diario *Perfil* invocan otra afectividad, en esta última de manera explícita, la de la compasión, que pasamos a abordar.

2.2.2. Com-pasiones

Las pasiones, el *pathos* en la retórica aristotélica, forman parte de las pruebas subjetivas que interpelan los afectos del sujeto destinatario, lector/a, para conseguir la aceptación de los argumentos. Los argumentos, en las notas que analizamos tocan la cuestión de la enfermedad mental y sus representaciones al tratar el tema de la política hacia las instituciones psiquiátricas, y por esa vía interpelan también los sentimientos y las emociones que despierta el imaginario asociado a la locura. Atendiendo a su construcción histórica, la locura ha sido asociada con el desborde de las pasiones y con la sinrazón en la tradición occidental, y definida como enfermedad mental en la perspectiva de la ciencia y la psiquiatría (Dasuki Quiceno et.al., 2007). Asimismo, en la formación del Estado nacional, la locura fue una entidad depositaria de los valores contrarios, o contravalores, de la época (Vezzetti, 1985) tales como la peligrosidad que ponía en la misma zona a la delincuencia y a la enfermedad psiquiátrica.

La compasión es el afecto que acompaña a otra representación de la enfermedad mental. En el siguiente párrafo de la nota realizada por el diario *Perfil* este sentimiento es evocado para indicar como un derecho, el tipo compasivo y respetuoso. Nuevamente, hallamos una institución portadora de prestigio y valores de progreso, la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, que opera como referencia desde la cual juzgar la situación de las persona internadas en los países de la región:

e) Pese a los progresos que se han realizado, gracias por ejemplo a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en los hospitales mentales de América latina y la Argentina, la situación de las personas internadas requiere de algunas mejorías y algunas reformas. Ningún país de la región debería tener aún personas con discapacidad mental abandonadas en hospitales psiquiátricos. Todas tienen el derecho a ser tratadas con compasión y respeto. Hoy podemos decir que no se respetan los derechos humanos de los pacientes con enfermedades mentales. (Perfil, 30/3. “No se respetan los derechos humanos de pacientes con enfermedades mentales. LAWRENCE GOSTIN, abogado invitado por la OPS”)

El hospital psiquiátrico es situado como lugar de abandono y muestra de la falta de respeto a los derechos humanos de pacientes con enfermedades mentales, no obstante mientras que la expresión “enfermedades mentales” engloba una pluralidad, al hablar de “personas con discapacidad mental” esa pluralidad es reducida a una de sus formas que es la que parece posibilitar la aceptación de sus derechos humanos. Retomaremos más adelante, en el capítulo cinco, la reflexión sobre esta denominación entre los modos de designación que utiliza la prensa.

La *compasión*, desde el punto de su significado, tiene correspondencia con la desgracia no merecida según Aristóteles que la definía como “una pena causada por la presencia de un mal que aparece dañoso o afligente para quien no merece tal suerte...” (Aristóteles, 2007:181) y la distinguía de lo terrible “...lo terrible es distinto de lo lamentable, rechaza la compasión y con frecuencia sirve para producir el sentimiento contrario” (*Ibid*: 183). Al igual que la caridad, la compasión surge en la tradición cristiana, frente al ser de la desgracia, o más precisamente frente a la caída en desgracia del ser, mientras que la enfermedad como mal se emparentaba con las nociones de pecado, culpa y castigo, más próximas a lo terrible, a lo temible. Estos contenidos pathémicos fueron centrales en las concepciones que tenían los asilos dependientes de las Sociedades de Beneficencia regidas por la Iglesia, y predecesores del orden psiquiátrico y del manicomio propiamente dicho.

En el discurso de los diarios mencionados, la compasión es el *pathos* que articulado con características axiológicas de las personas e instituciones a las que estas pertenecen, puede suscitar una disposición favorable a erradicar los hospitales psiquiátricos, desde el tópico de los derechos humanos. Dicho *pathos* es acorde con una concepción del sujeto de la enfermedad mental como persona con discapacidad, que se distancia de las perspectivas alienistas que hacen eje en la peligrosidad (nótese que no se utiliza por ejemplo, el término más clásico de inimputabilidad) y esto permite construir un acuerdo también sobre el planteo de las “mejorías” y “reformas” de los hospitales.

2.2.3. Vergüenzas

El *pathos* que invoca el diario *La Nación* al presentar el anuncio gubernamental es diferente, y es diferente también la articulación que realiza el diario. El afecto a movilizar apunta en este caso a desaprobar el modo en que “viven las personas asiladas” al calificar la situación del manicomio por medio de la “vergüenza”. Dice Aristóteles, al definir este *pathos* al que contrapone a la impudencia, “Entendemos por vergüenza una pena o turbación referida a los males presentes, pasados o futuros, y que parecen conducir a un mala reputación” y agrega que “la impudencia es un desdén y una indiferencia en lo que concierne a estas mismas cosas” (Aristóteles, 2007: 175). La vergüenza que atañe al *pathos* se inscribe en la dimensión de la imagen y el valor que dicho concepto tiene en la sociedad, sobre todo cuando se trata de ponderar cuestiones y actos de la esfera política. En el párrafo que sigue, vemos que el diario trae una cita en discurso directo del anuncio del jefe de gobierno en la que atribuye la responsabilidad a las sucesivas administraciones por la situación que califican como del “siglo XIX”:

“**Siglo diecinueve.** ‘Es una vergüenza ver cómo viven las personas que están asiladas en edificios obsoletos, que son del siglo XIX. La decadencia y la desidia de sucesivas administraciones llevaron a que los centros de salud estén hoy en condiciones precarias’, declaró”. (LN, 2/4 “Macri Prometió cerrar...”)

En la cita seleccionada por el medio, el enunciador no se responsabiliza de la situación que presenta, y distancia de sí al afecto negativo que sugieren la decadencia y la desidia, en el destinatario. Podemos observar por un lado, que la inclusión de la palabra “ver” en el enunciado modifica el afecto de “cómo viven las personas...” a la acción de ver que recuerda el proverbio citado por Aristóteles “el pudor está en los ojos” (*Ibid*: 177), y por otro lado, que focaliza el problema –que produce vergüenza- en las instalaciones edilicias, las condiciones de asilo y no en el asilamiento mismo.

Anthony Guiddens (1998) en sus reflexiones acerca de la vergüenza en la modernidad, la distingue del sentimiento de culpa. Considera que la carga a la que ella (la vergüenza) estaría ligada no es tanto de culpa como de seguridad o de reaseguros. Afirma que hay una preeminencia en la actualidad de este sentimiento. Respecto de la culpa que supone una relación con la moral y la angustia, la vergüenza se sitúa en el nivel de la confianza básica. En sus palabras: “A diferencia de la culpa, la vergüenza corroe directamente el sentimiento de seguridad tanto en el yo como en el medio social circundante.” (Guiddens, 1998: 196) Desde la perspectiva del uso retórico es posible que esa noción apunte a remover la confianza en aquellos a los que se responsabiliza por suscitar situaciones vergonzosas, más que aludir a la noción de culpa, que indicaría la exigencia de reparación.

En el siguiente fragmento de la entrevista del diario *Perfil* podemos distinguir otro sentido del uso del sentimiento de vergüenza en el argumento:

[...]Hay una tendencia a segregar a los enfermos mentales, como si lo suyo fuera vergonzante. Pero en aquellas culturas en las que se incorporan a la sociedad, todos se ven beneficiados. Es muy importante que cuando los pacientes dejan las instituciones, no permanezcan en las calles ni se los ponga en prisiones o en otros lugares que son igual de repugnantes. Compasión y libertad es lo que tenemos que darles. (Perfil, 30/3. “No se respetan los derechos humanos de pacientes con enfermedades mentales. LAWRENCE GOSTIN, abogado invitado por la OPS”)

Argumentalmente hay por un lado, un preconstruido de que lo *realmente* vergonzante es pasible de segregación, luego la expresión “como si fuera” niega, o más bien, desrealiza la valoración de vergonzante presupuesta para la enfermedad mental, pero que al mismo tiempo, se afirma, es “lo suyo”, lo propio de las persona internadas. La segregación aparece como acción ajena, que el enunciador describe como una “tendencia”: “Hay una tendencia a segregar a los enfermos mentales, como si lo suyo fuera vergonzante”

Pero en este caso el entrevistado argumenta a favor de la incorporación de estos “enfermos mentales” a la sociedad, que distingue de un traslado a otros lugares equivalentes a las instituciones psiquiátricas (calles, prisiones). Apela en este razonamiento, otra vez, a la compasión asociada ahora a otro valor con carga emotiva y ética: la libertad.

El estudio de las emociones que son nombradas o evocadas en los distintos medios permite reconstruir representaciones tanto sobre la enfermedad mental como sobre las políticas sanitarias. En el diario *La Nación* notamos una dinámica del *pathos* ligada a lo que no debería verse, que quizá por un lado es una referencia a las denuncias que precedieron al anuncio y que descubrieron algunas condiciones de los manicomios y por otro lado, muestra la preocupación por la imagen que da de la ciudad el “asilamiento”. Los padecimientos múltiples que allí se conjugan se traducen en signos de carencia y de abandono. Asimismo, el énfasis en la obsolescencia edilicia hace del lugar, los lugares, marcas que engloban, por contigüidad, a los sujetos en internación como objetos de la dinámica afectiva del *pathos* negativo más que dar lugar a reflexionar por ejemplo, sobre una mala práctica-política sanitaria.

La *vergüenza de ver*, evoca a nivel del *pathos* discursivo otras dos elaboraciones psicoanalíticas, lo siniestro y lo abyecto. La vista como sentido, entendimiento y objeto se entrelaza con la abundante red de implicaciones que en el análisis de lo siniestro hace Sigmund Freud ([1922]1973), quien siguiendo caminos lingüísticos y literarios hacia la vida psíquica se encontraba una y otra vez en ese trayecto, con

la locura. Las palabras, el significante, heimlich-unheimlich en alemán, significan y albergan sentidos diferentes, contrarios e iguales.

Freud vincula la visión con lo siniestro. De alguna forma en la palabra extraño nos topamos con eso raro, desconocido, inquietante del extrañamiento, que permanece en el verbo extrañar, pero hay en el verbo otra acepción, la de añorar, hasta con tristeza, a quien se quiere, se conoce o es familiar. Ese devenir dialéctico de la palabra es también el que en la ficción literaria recrea fenómenos de extrañamiento, de pérdida de realidad, de objetos mecánicos o parciales que toman vida, y en particular los ojos, fenómenos del doble, fuerzas que dominan ya sea bajo la forma de hostiles demonios, o automatismos del destino y que aproximan a responder la pregunta acerca de "... ese núcleo, ese sentido esencial y propio que permite discernir en lo angustioso, algo que además es siniestro" (*Ibid*: 2483). La represión psíquica deja al olvido cuestiones que la experiencia infantil marcaba como temibles y terroríficas. Al mismo tiempo eso que queda al otro lado de la represión asume el efecto de lo siniestro cuando traspasa la barrera, y de oculto se vuelve visible. Inversamente, si se descubre la locura, la realidad puede volverse ajena, pero no siempre ni necesariamente extraña.

La operación que realizan los diarios es, por el contrario, "cubrir" la complejidad social y subjetiva de la cuestión de la locura. En la entrevista del diario *Perfil* encontrábamos una recurrente apelación al sentimiento de compasión asociado a valores de respeto, libertad, derechos, y a una manera de nombrar la enfermedad mental según los términos establecidos por OPS, como discapacidad.

En sus reflexiones que comprenden la locura y otras *enfermedades del alma*, Julia Kristeva diferencia entre el afecto de lo siniestro y la acción que sucede en lo abyecto, dice: "Esencialmente diferente de lo siniestro, incluso más violenta, la abyección se construye sobre el no reconocimiento de sus próximos: nada le es familiar" (Kristeva, 2006:11). La locura no es lo abyecto pero se confunde con ello cuando limita con lo que aterriza en tanto peligroso, ocupa el lugar de lo abyecto o está ab-yecto porque es lo desalojado, en este caso tanto del texto periodístico

que analizamos, como del discurso social. Es algo que perturba porque se confunde con el fondo peligroso que se supone ajeno al orden normal. La abyección es un modo de sostener una representación imaginaria de normalidad en los planos de la razón, la afectividad, la conducta y la ideología. Como en la alienación (Karl Marx, Federico Engels, 1992:165), operación por la cual... "... los actos propios del hombre se erigen ante él en un poder ajeno y hostil, que lo sojuzga, en vez de ser él quien los domine", la locura, según Kristeva "nos confronta a una catástrofe del ser, a una amenaza que llega a cuestionar la integridad de la vida en el amplio sentido, de vida biológica y de lazo social, en el sentido del contacto con el otro" (Avanessian, Degryae, 2002: 290) Los puntos de contacto entre estos fenómenos le han valido a la locura entre otros nombres el de alienación. Convocando a una deconstrucción de la locura a la vez que a una modificación de los lazos del sujeto con el sentido, Kristeva conceptualiza la *revuelta* "La cultura re-vuelta explora la permanencia de la contradicción, lo provisorio de la reconciliación, la evidencia de lo que pone a prueba la posibilidad del sentido unitario" (Kristeva, 1999: 24) y concierne según ella, tanto al mundo de la vida psíquica como al de sus manifestaciones sociales.

Por el contrario en las notas periodísticas la locura, que no se menciona directamente, presupone una característica totalizadora de la conducta o de una personalidad, excluyente de otras cualidades, las que de estar son siempre marcadas por la fuerza semiótica que hay en la palabra locura. Palabra que no se nombra a lo largo del corpus que analizamos sino que está desplazada en sus contigüidades edilicias y en la personalización de los rasgos que describen al manicomio, tema que como dijimos, abordaremos en el capítulo cinco. Esa fuerza desestructurante que carga la enfermedad mental con la locura y otras formaciones, es atenuada al optar por el uso del sintagma "discapacidad mental" más apto para la apelación al respeto por los derechos humanos y a la libertad; a los afectos de compasión, y de vergüenza ante la situación descrita (y denunciada) de las internaciones.

2.3. Espacios (de) otros

A diferencia del tópico de los derechos humanos, la cuestión del espacio físico se presenta en la superficie argumental como razón de disputa entre actores con diferentes intereses. Y si por un lado se argumenta en relación con el cierre de los edificios, el espacio del que también se trata es el de la ciudad. El *acuerdo* sobre la precariedad en la que se encuentra el espacio relacionado, al desplazarse al cierre de los manicomios o a una reforma, deviene en la *disputa* por un espacio ubicado en la ciudad, acerca del tipo de “uso”, y como asunto de ordenamiento. Constituye así un tópico por medio del cual los diarios presentan argumentos provenientes de voces contra el cierre propuesto por el gobierno porteño, y al hacerlo muestran de distinto modo el conflicto social. En estos casos el ideologema, a veces explícito y otras implícito, es *“el estado de los edificios no es una razón para su cierre”*.

2.3.1. La ciudad y el orden

El espacio manicomio-cárcel es, en el discurso de los derechos humanos, lo que denuncia como injusticia a la privación de libertad, y también es, en el encadenamiento enfermos psiquiátricos - delincuentes inimputables, lo que lo define como espacio de la peligrosidad. El siguiente párrafo del diario *La Nación* muestra el deslizamiento que permite calificar “la situación actual” de los edificios como de vergüenza, a un planteo que pone el foco de los valores positivos de lo que quiere el gobierno de la ciudad para Buenos Aires:

La situación actual es una vergüenza –asestó Macri-. Queremos que Buenos Aires tenga un sistema de salud mental que garantice la dignidad y respete los derechos humanos de los pacientes. (LN. 2/4, “Macri prometió cerrar en dos años...”)

El título de la nota y párrafo inicial plantea la articulación de la intervención sobre el espacio de la institución, sistema y el de la ciudad de Buenos Aires. Esta relación ha sido considerada por Foucault (2006) en sus estudios sobre las

tecnologías de poder. Al abordar las transformaciones y los procedimientos respecto del espacio en relación con la salud –enfermedad, Foucault distingue entre los procedimientos de ordenamiento, que tenían como eje a las distribuciones espaciales, y los procedimientos de normalización, que se establecían por medio de las disciplinas como la epidemiología. Afirmando que esta, la disciplina que “separa elementos mínimos de percepción y suficientes de modificación” (Foucault, 2006: 75), permite determinar quiénes serán calificados de ineptos e incapaces y los demás; lo que implica una partición entre lo normal y lo anormal. De esta forma, la norma plantea un modelo, y el carácter primario y prescriptivo plantea el ajuste al modelo de lo normal, mientras que el ordenamiento en la distribución espacial de la ciudad correspondería al dispositivo de *seguridad*. Las técnicas de seguridad, para dar respuesta a los efectos poblacionales ante la escasez económica y las epidemias ponían en el centro a la ciudad, como espacio diferenciado del territorio. Allí las cuestiones “giran en definitiva y en mayor o menor medida alrededor del problema de la circulación” (*ibid*: 85), desplazamiento intercambio, contacto, y distribución. La anulación de los peligros que devienen de esta circulación es la ‘seguridad’, y tiene como objeto a la población. A diferencia del panóptico que pone en la mira del soberano a los individuos, la seguridad corresponde al control y regulación de las poblaciones⁷. Pero, advierte, la seguridad de la población es así y por lo tanto, de los que gobiernan⁸.

⁷ Uno de los motivos de permanente conflicto es el Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ley 1472, B.O, 2055 promulgado en octubre de 2004 durante el gobierno de A. Ibarra, y que fue modificada en varias oportunidades.

⁸ La *Ciudad de Buenos Aires* (o *Capital Federal*), antes de 1994 era un municipio que dependía para su gobierno del Gobierno Nacional y, en particular, del Poder Ejecutivo Nacional (este nombraba de manera directa al "Intendente" de la ciudad) Desde la reforma constitucional de 1994 adquiere el rango de "Ciudad autónoma" y es también sede de su propio gobierno, con un "Jefe de Gobierno" elegido por los ciudadanos de la Capital.

El manicomio como lugar de la peligrosidad, que el diario plantea por medio de la caracterización del tipo de población que atiende (enfermos psiquiátricos y delincuentes) le permite presentar por un lado como legítimo el poder de disponer el uso de “esos espacios”, y por el otro, introducir “las sospechas”:

Consultado sobre el futuro de los hospitales Borda y Moyano que hoy atienden a enfermos psiquiátricos y delincuentes inimputables, Macri adelantó que se cerrarán en dos años. “Habrá que ver que uso público se dará a esos espacio”, dijo, y las sospechas arreciaron. (LN 2/4, “Macri prometió cerrar en dos años...”)

Las diferencias que el diario expone, al referir “las sospechas” ponen en cuestión precisamente el uso de los espacios, en la voz de un delegado sindical:

“Vienen por las tierras de los hospitales. No nos invitaron a participar de este plan, pero sí se fijaron en el gran negocio inmobiliario, en las grandes playas de estacionamiento, edificios y shoppings que pueden construir en esos terrenos”, denunció el delegado de ATE en el hospital Moyano, Mario Muñoz. (*Ibid*)

La cuestión del espacio urbano se plantea en el plano económico, de los negocios inmobiliarios, y como disyuntiva de uso público o privado; estos aspectos no son necesariamente contradictorios. Destacando la importancia que tiene el espacio público en el modo en que se organiza la ciudad Fernando Carrión (2007) señala en el marco de las tendencias dominantes en el urbanismo, tres concepciones: Por un lado, sitúa una perspectiva proveniente del urbanismo operacional y de la especulación inmobiliaria, que entiende al espacio público como residuo al margen de las viviendas, comercio o administración; en una segunda concepción, de predominio jurídico, se distingue entre espacio vacío y espacio construido, espacio individual y espacio colectivo. El espacio público es asumido por el Estado, que oficia de representante y garante del interés general, tanto como de propietario y administrador. La tercera concepción, entiende a los espacios públicos como conjunto de nodos —aislados o conexos— que conforman una instancia colectiva correlativa con una pérdida de libertad individual.

El manicomio como lugar de la peligrosidad, que el diario plantea por medio de la caracterización del tipo de población que atiende (enfermos psiquiátricos y delincuentes) le permite presentar por un lado como legítimo el poder de disponer el uso de “esos espacios”, y por el otro, introducir “las sospechas”:

Consultado sobre el futuro de los hospitales Borda y Moyano que hoy atienden a enfermos psiquiátricos y delincuentes inimputables, Macri adelantó que se cerrarán en dos años. “Habrá que ver que uso público se dará a esos espacio”, dijo, y las sospechas arreciaron. (LN 2/4, “Macri prometió cerrar en dos años...”)

Las diferencias que el diario expone, al referir “las sospechas” ponen en cuestión precisamente el uso de los espacios, en la voz de un delegado sindical:

“Vienen por las tierras de los hospitales. No nos invitaron a participar de este plan, pero sí se fijaron en el gran negocio inmobiliario, en las grandes playas de estacionamiento, edificios y shoppings que pueden construir en esos terrenos”, denunció el delegado de ATE en el hospital Moyano, Mario Muñoz. (*Ibid*)

La cuestión del espacio urbano se plantea en el plano económico, de los negocios inmobiliarios, y como disyuntiva de uso público o privado; estos aspectos no son necesariamente contradictorios. Destacando la importancia que tiene el espacio público en el modo en que se organiza la ciudad Fernando Carrión (2007) señala en el marco de las tendencias dominantes en el urbanismo, tres concepciones: Por un lado, sitúa una perspectiva proveniente del urbanismo operacional y de la especulación inmobiliaria, que entiende al espacio público como residuo al margen de las viviendas, comercio o administración; en una segunda concepción, de predominio jurídico, se distingue entre espacio vacío y espacio construido, espacio individual y espacio colectivo. El espacio público es asumido por el Estado, que oficia de representante y garante del interés general, tanto como de propietario y administrador. La tercera concepción, entiende a los espacios públicos como conjunto de nodos —aislados o conexos— que conforman una instancia colectiva correlativa con una pérdida de libertad individual.

El tópico del espacio opone al tópico de los derechos humanos esgrimido para argumentar a favor del anuncio del cierre de los establecimientos psiquiátricos, el interés económico en los terrenos que dejaría en la calle a los pacientes. La centralidad del valor inmobiliario en la propuesta del gobierno porteño sobre el cierre de las instituciones se puede leer en la nota del diario *Crítica* del 1 de abril:

A sólo cinco minutos del Obelisco, los terrenos donde hasta ahora funcionaron el Borda y el Moyano son considerados por tasadores particulares como "invaluables". Una joya de espacios amplios en la zona sur de la ciudad, donde los emprendimientos inmobiliarios se reproducen como hongos. Allí abundan proyectos como Casa FOA, los Solares de Montes de Oca o el MOCA, en la antigua fábrica de Bagley (Diario *Crítica* 1/4, "El Moyano y el Borda podrían ser barrios Premium"⁹)

El párrafo refiere directamente a la condición de terrenos de interés para grupos económicos, y a los proyectos no sanitarios, sino inmobiliarios. Considerando la clasificación de Carrión (2007) el diario *Crítica* remite a la primera perspectiva, que proviene del urbanismo operacional y de la especulación inmobiliaria, pero se puede inferir también el presupuesto de que el Estado (o el gobierno en este caso) asume el espacio público en su condición de propietario y administrador, que Carrión contempla en la segunda perspectiva.

2.3.2. Derechos sin espacio

En el diario *Clarín* el cierre del manicomio lleva también a considerar al menos dos clases de espacio, el edificio de la institución psiquiátrica, y el de la ciudad; y con ellos confronta dos recortes de tiempo, el de la obsolescencia y el de lo nuevo. Las imágenes y afectos que suscita la institución *desbordada* se apoyan en la idea de exceso numérico de los pacientes internados respecto del espacio del "hospital".

⁹ El diario *La Nación* del 4 de abril trata el tema del proyecto inmobiliario en esa zona de la ciudad con el título "Llaman a concurso de ideas para mudar la sede del gobierno". Optamos por la nota de *Crítica* porque el enfoque sigue la línea argumentativa establecida en el cap. 1.

“Así, los hospitales desbordan. Y como a estos centros llegan generalmente personas sin recursos, en la Justicia estiman que hay entre 400 y 450 pacientes que ya tienen el alta pero que no se van porque no tienen hogar ni trabajo. (Cl. 2/4 “Salud mental: quieren cerrar en dos años...”.)

La descripción de que los hospitales desbordan sugiere la condición de un hospital público más, con carencias presupuestarias y edilicias. Esas carencias se desplazan luego a las “personas sin recursos” que “llegan” y que “no se van” y son por lo tanto la causa del desborde. Más próximos al *ocupante* indebido que a sujetos que padecen o sufren un problema psicológico, la representación del exceso, del sobrante deja afuera de la responsabilidad política gubernamental la cuestión de la necesidad de trabajo, de vivienda entre otros derechos de ciudadanía cuya in-disponibilidad forma parte de las dinámicas de marginación que se producen en el capitalismo, con cada época. Si bien en cada período histórico las estrategias de ordenamiento y reapropiación recaen sobre la población (Foucault, *op. cit.*), el párrafo citado alude a una población que no cuenta con derechos como el de la vivienda y el trabajo. Al respecto, hay suficiente acuerdo en que la globalización neoliberal implica en su discurso que una parte de la población será considerada no integrable; desafiada (Robert Castell, 1991) o paria (Loic Waquant, 2001) respecto del espacio territorial, económico, político y social de los derechos y reconocimiento de necesidades. Según Sonia Fleury (2004, 2006) para lograr el acceso semejante a bienes y servicios se requiere de una “gestión deliberativa de las políticas públicas, en particular políticas sociales” (Fleury, 2006:111) planteado como derecho de quinta generación¹⁰.

¹⁰ Los derechos de Primera Generación, son los derechos *Civiles y Políticos* incluidos en las constituciones de los estados europeos en el siglo XIX y ratificados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948; los de Segunda Generación ligados en principio a postulados socialistas y humanistas surgidos de procesos emancipadores, son de orden económico y social, remiten luego a los Pactos Internacionales de 1966 de los *Derechos Económicos, Sociales y Culturales*; los de Tercera Generación o *de Solidaridad* están ligados al derechos de las minorías, problemas de la discriminación, ambiente y otros de carácter difuso; los de Cuarta Generación se relacionan con las tecnologías y la bioética y de ese modo con la salud. (Zaldúa, 2010)

Este contexto ofrece un marco interpretativo al modo que el diario Clarín trata el anuncio del gobierno porteño, situando al manicomio como (un) hospital que "desborda", y no como institución total, y haciendo eje en un exceso, sobrante poblacional, más que en las necesidades y derechos. De manera que tanto la reclusión psiquiátrica como la situación de carencias materiales de alojamiento, indican además del déficit en los anclajes materiales, el déficit social de anclajes afectivos y amorosos, de *hospitalidad* para aquellos que no se ajustan al modelo de normalidad, y/o ponen en cuestión el orden, o la seguridad (Foucault, *op. cit.*)

El cierre, en las notas revisadas es así por un lado, el tema del anuncio de política sanitaria de acuerdo al tópico de los derechos humanos, y por otro, es también el conflicto social implicado en el tópico del espacio y en los argumentos que cuestionan el anuncio. En ese sentido, los cierres de las notas a su vez muestran una clausura del *espacio psíquico* (Avanesian; Degryae, 2002) al dejar afuera la dimensión subjetiva –que contemple a los sujetos en tanto tales- en el tratamiento del tema.

2.4. Des-clausurar

Observaciones finales

En este capítulo hemos enfocado en los tópicos y las pruebas que la retórica denominó *pathos*, las pruebas que tienden a provocar emociones o afectos adecuados a la búsqueda de aceptación de los razonamientos desplegados en las notas periodísticas. Hemos situado para este análisis uno de los acuerdos con que los diarios despliegan las argumentaciones, el tópico de los derechos humanos, y el ideologema que lo expresa: *la salud mental es un derecho humano que merece ser respetado*. En el análisis nos ocupamos de distinguir cómo ese tópico se articula con diferentes pasiones para el desarrollo de argumentos relativos a uno

de los ejes principales del anuncio del gobierno porteño, el cierre de los dos hospitales psiquiátricos de la ciudad de Buenos Aires.

El posicionamiento que ha adoptado el diario *Página 12*, si bien como hemos señalado busca distanciarse del anuncio de Macri, argumenta a favor de la eliminación de los hospitales psiquiátricos apelando al *respeto*, este, tanto como búsqueda de suscitarlo en función de los derechos y la dignidad de los pacientes, como el respeto que desde el punto de vista del *ethos* surge de la autoridad de las instituciones en que se referencia: los organismos internacionales (Organización Panamericana de Salud –OPS-, Organización Mundial de la Salud -OMS) y la voz experta a la que remite al utilizar la modalidad de entrevista.

Citando en cambio al jefe de gobierno que a su vez refiere a otras figuras de autoridad técnica como los especialistas en salud mental y las leyes vigentes, el diario *La Nación* invoca también al afecto del *respeto* por los derechos humanos de los pacientes como efecto del respeto a esas instituciones jurídico-técnicas.

Una tercera modalidad de este *pathos* la presenta el diario *Clarín* que pone el énfasis en la *falta de respeto* a los derechos humanos como falta en que incurren las autoridades porteñas frente a la intervención de la Justicia, representante en este caso de la mayor respetabilidad.

En una posición semejante a la del diario *Página 12* que cuestiona el anuncio por contradecir las recomendaciones de la OMS, hallamos en una nota del diario *Perfil* que adopta también la modalidad de entrevista a un experto, otro tipo de pasión, la *compasión* demarcando a su vez, un tipo de paciente en el que la enfermedad mental se distingue de la representación de locura signada por la peligrosidad que domina en otras referencias. La persona con discapacidad es la imagen que permite apelar a la compasión y construir un acuerdo sobre cómo respetar los derechos humanos de los pacientes.

Una segunda modalidad de *pathos* que movilizan los diarios es la *vergüenza*, invocada en el diario *Perfil* para situar en ella –como lo vergonzante de la enfermedad en cierta tendencia- el motivo de segregación de los enfermos. El *pathos* negativo de lo vergonzante es contrapuesto en este medio al de la compasión y el valor de la libertad.

En cambio, el diario *La Nación* apela al *pathos* de la vergüenza para describir aquello que representan los hospitales psiquiátricos, en su condición de asilos, y en relación con las personas que viven en ellos, adoptando las citas en discurso directo del jefe de gobierno de las que no se distancia. La eficacia del discurso de la vergüenza recayendo sobre la visibilidad de un sector de la ciudad podría deberse a la hegemonía de un “discurso imaginario que no deja de hablar de bienestar” (Michel de Certeau, 1999) al presentar a las ciudades.

El acuerdo respecto en que las condiciones actuales de las instituciones psiquiátricas no respetan los derechos humanos incluye el juicio desaprobatorio respecto del espacio edilicio, se abre a otro tópico, el del espacio. El tratamiento de este tópico, concretamente el uso del espacio a partir del cierre de los establecimientos, da lugar a la representación de conflictos. Mientras que el diario *Página 12* no contempla este tópico, sí lo hacen el diario *La Nación* y el diario *Clarín*. El primero (*La Nación*) contrapone la legitimidad de ver otros usos –que alejen la peligrosidad- para esos espacios por parte del gobierno porteño, a las sospechas que suscita en las voces que cuestionan dicho uso, recogidas por el diario. También es abordado ese tópico en la nota que incluimos del diario *Crítica*, que le dedica una especial atención presentándolo como conflicto.

El tópico del espacio pone en escena el conflicto social más general en el que la cuestión urbana está marcada por una dinámica de valorización –económica (Donzelot, 2012). Sedestaca el desplazamiento que hace el diario *Clarín* al trasladar el acuerdo en las condiciones edilicias que califica como de desborde, a una imagen de espacio “ocupado” por personas sin recursos. En el contexto actual, el tópico en las versiones expuestas resulta un indicio de la tendencia a la

normatización. Esta tendencia, guiada por los parámetros de la globalización, apunta a reproducir en las ciudades las desigualdades existentes, según una “nueva geografía de la centralidad y la marginalidad” (Sassen, 2012: 143)

Más allá del manicomio, en el imaginario colectivo la locura no es algo de todos (o de cualquiera), sino de una parte, los locos. Esta separación parte-todos se percibe en el enunciado que formula *la dignidad de todos* (los ciudadanos) en Buenos Aires y no de los usuarios, (pacientes, enfermos) numerosos del sistema de salud. Nombrados como los que “llegan” son investidos de una forma de extrañeza o extranjería respecto del valor positivo conferido a la normatización, en las geografías de la globalización y de los procesos locales de apropiación del espacio público. Podemos conjeturar que de esta forma, el afuera del manicomio también sufre una clausura precisamente de aquello que hace posible la recepción de quien sufre en el espacio social más amplio. Allí la locura —o la discapacidad— es lo otro, lo que le ocurre a otros/as, entendidos como extraños.

La condición de extrañeza que porta la locura es comparada en la actualidad con los procesos de migración y desterritorialización que se producen en el marco de la globalización. Tal como hemos señalado, Kristeva (Avanesian, Degryae, 2002) dirá que con estos fenómenos de época se produce un giro en el tiempo y una clausura de otro espacio que el de la geografía, la *clausura del espacio psíquico*, cuyos efectos en la subjetividad no son ajenos a las formaciones que en el plano de las patologías llama *nuevas enfermedades del alma*. Estas se caracterizan por la dificultad para representar los propios conflictos, y en consecuencia, por una situación de pobreza sentimental, psíquica, y del orden simbólico, que limita la redistribución y la reestructuración en lo simbólico cultural. Ante esto, propone pensar la extrañeza por un lado, como posibilidad, en una perspectiva según la cuál, “todos seremos un día u otro, extranjeros en alguna parte” (Avanesian, Degryae, 2002: 293), y por otro lado como lo irreductible y exiliado que habita en cada uno/a.

En el capítulo siguiente retomaremos el tópico de los derechos humanos y la salud mental al analizar las referencias al discurso jurídico-legal que aparecen en la prensa.

2.5. Bibliografía

Amossy, R. (2000): El *pathos* o el rol de las emociones en la argumentación. Cap. 6 de *L'argumentation dans le discours*. Nathan. París. Traducción de Andrea Cohen.

Angenot, M. (2010): *El discurso social: problemática de conjunto*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.

Aristóteles (2007): *El arte de la Retórica*. Eudeba, Buenos Aires. Trad. E. Ignacio Granero.

Avanesian, A.; Degryae, L. (2002): La locura, la revuelta y la extranjería. Entrevista con Julia Kristeva. En *Rev. Signos filosóficos*, enero-junio N° 007. Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa. Distrito Federal, México. 279-294. Disponible en: Redalyc. <http://redalyc.uaemex.mx>

Hillman de Velásquez, A. y otros (2008): *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en la argentina. CELS, MDRI, Siglo XXI, Buenos Aires. 2007, Mental Disability Rights International

Carrión, F. (2007): *Espacio público: punto de partida para la alteridad*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Flacso-Ecuador. Disponible en http://www.bogotacapitaliberoamericanadelacultura.gov.co/descargas/Conferencia_Fernando_Carrion.pdf

Castel, R. (1991): La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En *El espacio institucional*. Lugar Editorial. Buenos Aires. pp. 37-54

Dasuki Quiceno et.al (2007): La dimensión del *pathos* en la filosofía y en la psiquiatría clásica. *Revista Informes Psicológicos* N°9 149-182, Ene- Dic. Medellín.

Disponible en:

http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/PGV2_M030040020110_REV_ISTA/PGV2_M030

De Certau, M (1999): El imaginario de la ciudad. En *La cultura en plural*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

Donzelot, J. (2012): *¿Hacia una ciudadanía urbana? La ciudad y la igualdad de oportunidades*. Nueva Visión. Buenos Aires.

Fabbri, P., Ruiz Collantes, X. (2003): Entrevista. *Quaderns del CAC*, N°15. Barcelona. Disponible en: http://www.paolofabbri.it/interviste/conversa_fabbri.html

Fabbri, P. (2000): La caja de los eslabones que faltan. En *El giro semiótico*. Ed. Gedisa, Barcelona. Pp48. Disponible en <http://www.scribd.com/doc/15996972/el-giro-semiotico-paolo-fabbri>

Fleury, S. (2006): Democracia ciudadanía y políticas sociales. En *Revista Salud Colectiva*, mayo-agosto, año/vol.2, N° 002. Universidad nacional de Lanús, Bs. As. Pp109-112

..... (2004): Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad. *Revista Instituciones y Desarrollo* N°16.pp 133-170. *Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya*, Comte D'Urgell 240 3-B08036, Barcelona España. www.iigov.org

Foucault, M. (2006) Clase del 11 de enero de 1978, en *Seguridad, Territorio y Población*. Fondo de Cultura Económica. Argentina. Disponible en <http://www.scribd.com/doc/19287605/Foucault-Michel-Seguridad-Territorio-y-Poblacion>

Freud, S. ([1922] 1973): Lo siniestro. 1919. En *Obras Completas*. Ed. Biblioteca Nueva, Trad. Luis López Ballesteros, Tomo III, pp. 2483-2505

Guiddens, A. (1998): *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad contemporánea*. Ed. Península, Barcelona.

Kristeva, J. (2006): *Poderes de la perversión. Ensayo sobre Louis-Ferdinand Céline*. Ed Siglo XXI, Bs. As.

..... (1999): *El porvenir de la revuelta*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

Maingueneau, D. (2001): O cenário de enunciação. Cap. 6 de *O contexto da obra literaria*. Martins Fontes. Sao Paulo.

..... (1999): Ethos, escenografía e incorporación. En *Images de soi dans le discours*. Amossy, R. Lausanne-Paros, Delachaux et Niestle, pp. 75-100. Trad capítulo Elvira Ezcurra, Maestría Análisis del Discurso, FFyL. 2006. 19pgs.

..... (1997): A cena enunciativa. En *Novas tendencias em Análise do discurso*, Cap.1. Ed. Pontes, Campinas.

Malinow, A. (2009): El debate sobre el sistema de salud estadounidense. Entrevista. *Deslinda* N°45, pp32-43. Publicada por Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, pdf.

Marx, C. Engels, F. (1992): La ideología alemana. En Marx, *La cuestión judía y otros escritos*. Planeta-Agostini, Bs. As.

Perelman, Ch., Olbrechts Tyteca, L. ([1958] 1989): *Tratado de la argumentación. La nueva retórica*. Madrid, Gredos.

Plantín, C. (2005): *L'argumentation – Histoire, théories, perspectives*. PUF, Coll. Que Sais-Je? París. Trad. Portugaise A Argumentação: História, teoria y perspectivas. Ed. Parábola. São Paulo.

..... (2001): *La argumentación*. Editorial Ariel. S.A. Barcelona.

Sassen, S. (2012): *Una sociología de la globalización*. Katz Editores. Buenos Aires

Tavares Quinhoes, T., Fleury S. (2005): La Reforma del Sistema de Salud en Estados Unidos de América en los años '90. En *Revista Salud Colectiva*, mayo-agosto. La Plata 1(2), pp.129-153,

Verón, E. (1993): Fundaciones (1975). En *La semiosis social*. Ed. Gedisa, Barcelona. Disponible en <http://www.scribd.com/doc/29752217/Veron-Eliseo-La-Semiosis-Social-CV-e>

Vezzetti, H. (1985): *La locura en la Argentina*. Ed. Paidós. Buenos Aires

Von Moos, P. (1993): Introduction à une Histoire de l'endoxon. En Plantin, Ch. (Dir) *Lieux Communs. Topoi, stéréotypes, clichés*, Paris, Kime

Waquant, L (2001): *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Ed. Manantial. Buenos Aires

Zaldúa, G. y otros (2002-2010): Salud mental: Territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación. En *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. G. Zaldúa, M. Bottinelli (Comp.) Editorial Eudeba, Buenos Aires. Pp 47-60

Zaldúa, G. (2011): Políticas sociales, Ciudadanía y Subjetividad. Consideraciones para una praxis crítica en salud mental. En *Epistemes y prácticas de psicología preventiva*. Editorial Eudeba, Buenos Aires. Pp.43-80

Zizek, S. (2003): Introducción. El espectro de La ideología. ¿Crítica de la ideología, hoy? En *Ideología. Un mapa de la cuestión*. Slavov Zizek (comp) Fondo de Cultura Económica. S.A. Buenos. Aires.

..... (2001): Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional. En *Estudios culturales: Reflexiones sobre multiculturalismo*, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Corpus de diarios

Página 12, 1/4: El hospital psiquiátrico debe eliminarse
<http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/sociedad/3-101631-2008-04-01.html>

Clarín, 2/4: El gobierno de Macri presentó un plan de reformas que busca terminar con los internados crónicos
<http://www.clarin.com/diario/2008/04/02/laciudad/h-04601.htm>

La Nación 2, 2/4: Macri prometió cerrar en dos años los hospitales Borda y Moyano http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1000650

Perfil, 30/3: No se respetan los derechos humanos de pacientes con enfermedades mentales. LAWRENCE GOSTIN, abogado invitado por la OPS.
<http://www.diarioperfil.com.ar/edimp/0247/articulo.php?art=6510&ed=0247>

Crítica, 1/4. "El Moyano y el Borda podrían ser barrios Premium".
http://criticadigital.com/tapaedicion/diario_31_entero_web_1.pdf pp.18-19

SEGUNDA PARTE

Heterogeneidades enunciativas y procedimientos de legitimación

Capítulo 3

LAS REFERENCIAS A LA LEY

3.1. Tradición jurídica y textos legales

Hemos visto en capítulos anteriores que una de las bases de apoyo de los argumentos desarrollados en las crónicas tiene como referencia al discurso jurídico-legal, el cual adquiere una creciente importancia en la discursividad de las políticas sanitarias y gestión político- técnica, entre ellas las que abordan la internación psiquiátrica¹. En este capítulo nos detendremos en las referencias al derecho en tanto presentan a la ley como argumento de autoridad que legitima

¹ Durante La década de los años '90 se promulgaron cuatro leyes de salud mental en distintas provincias: En Río Negro la Ley de "Promoción sanitaria y social de personas que padecen sufrimiento mental. N°2440, de 1991; En la Provincia de Santa Fe la "Ley de Salud mental" N° 10772, 1992; En Entre Ríos la Ley 8806, de "Enfermedades mentales", 1994; En San Juan la "Ley de Salud Mental de la Provincia de San Juan" N° 6976, de 1999 (Sosa, S. 2006) Además fueron sancionadas en San Luis la "Ley de desinstitutionalización" y la reciente "Ley Nacional de Salud Mental" N° 22.914, 2010.

distintos posicionamientos y compararemos dichas referencias con los textos jurídicos de las que provienen.

En el corpus estudiado, las referencias al derecho, las remisiones a textos legales y a dispositivos del campo jurídico, vehiculizan un discurso que se considera portador de verdad jurídica, en tanto dimensión que a lo largo de la historia, se ha ocupado de juzgar los daños y las responsabilidades, así como de establecer las reparaciones y los castigos que se imponen a los individuos. De este modo, tal como lo señala Foucault, las referencias a la ley dan cuenta de la definición de las relaciones del sujeto con la verdad, y del régimen de verdad instituido en cada época (Foucault, 2002)

Por otra parte, el discurso jurídico se asocia, en la historia de la locura, con la tradición alienista en psiquiatría, y con la función de vigilancia que asume esta junto a la criminología y el orden penal. En dicha formación, el control de los individuos y de la disciplina iban a ser ejercidos por una red de instituciones de vigilancia y corrección, con el aporte del saber producido hacia fines del siglo XIX por: la psicología, la psiquiatría, la criminología, la medicina y la pedagogía. De este modo dichas disciplinas participarían de la organización del poder a través del dominio de la norma. El discurso jurídico remite, en ese sentido, a la *sociedad disciplinaria*. Foucault (2002) denomina así a la conformación del estado-nación por una red de instituciones y de saberes que se encargan de la disciplina. En ese contexto describe también el modo autoritario que asumen los controles luego de ser sustraídos de su origen popular por parte de la nueva clase propietaria. Esta memoria contiene asimismo el lugar que el supuesto de peligrosidad alcanza en este proceso, y que la figura de la "cárcel" evoca a la vez que subyace al hilo de conflicto entre la condición de locura y el delito que la sociedad disciplinaria une e intenta separar.

En tercer lugar, continuando con las elaboraciones de Foucault (1992:180), el derecho no es ni la verdad, ni un aparato de prohibición y represión solamente, también "permite una gestión política y económica a través de la diferencia entre

legalidad e ilegalismo” y otras distinciones como marginalidad y clandestinidad. En trabajos de Zoppi sobre los textos legales, hallamos dos características relacionadas con esta función de gestión. Por un lado, señala que las predicaciones de lo legal conducen a un efecto de silenciamiento del orden político del que derivan (Zoppi, 1999) y por otro lado, destaca el papel de los textos legales como dispositivo normatizador debido a su capacidad para inscribir los sentidos de orden jurídico en lo social a través de la relación escritura-interpretación (Zoppi, 2005)². Todas estas operaciones propias del discurso del derecho son vehiculizadas frecuentemente a través de la prensa.

Señalaremos al respecto, dos consideraciones más. De manera general, la influencia del discurso jurídico en el discurso social se relaciona con lo que los juristas conciben como una *filosofía espontánea*, es decir, una tendencia “a pensar la sociedad como un producto de lo jurídico, al Estado como un orden jurídico, al hombre como sujeto de derecho, y a las condiciones reales de su existencia como el juego de ciertas relaciones jurídicas.” (Entelman, 1982:15). Asimismo, la eficacia y el poder del discurso de la ley se apoyan en las estructuras de la subjetividad y del psiquismo. Por medio de lo que el psicoanálisis describe como *transferencia*, la creencia, o ilusión estructural se deposita en la las leyes como representantes de la Verdad (Zizek, 2001)

Las referencias al campo jurídico que surgen del corpus remiten tanto a figuras del derecho en la tradición psiquiátrica -la cárcel, y la Justicia- como a un conjunto de leyes locales e internacionales producidas hacia el último tercio del siglo XX y principios del presente. A diferencia del discurso jurídico tradicional estas leyes, que integran el material de análisis del capítulo se sitúan deliberadamente en el paradigma discursivo de los derechos humanos.

² “Desta maneira compreendemos o arquivo de textos legais como um dispositivo normatizador da escritura/interpretação dos sentidos da orden jurídico e, através dela, da orden do social.” (Zoppi, 2005:94).

En este capítulo identificamos los fragmentos que aluden al discurso legal en el corpus y encontramos que centralmente se vinculan con la fundamentación de las políticas de internación. En función de esta relación, contrastamos la perspectiva que presentan los medios con la de los textos legales a los que hacen referencia. Finalmente, comparamos los modos de reformulación intradiscursiva empleados en los discursos legales con las reformulaciones interdiscursivas de esos discursos en las notas periodísticas. Evaluamos, a partir del análisis, las distancias entre dichas fuentes legales y las reformulaciones propuestas en el corpus.

3.2. La voz del derecho en la enunciación periodística: Heterogeneidad y reformulaciones.

Al analizar la dimensión enunciativa en el corpus, nos hemos detenido en las distintas formas que adopta la polifonía en el despliegue del diálogo con las voces provenientes del derecho. El discurso periodístico se vale de esta multiplicidad trayendo al texto actual, fragmentos de otros discursos que son aludidos mediante distintos modos de reformulación.

3.2.1. La reformulación

Los procedimientos de reformulación muestran relaciones de similitud y de diferencia entre más de un texto o secuencias enunciativas, los diálogos en un mismo discurso o género, o entre distintos discursos. Comprenden relaciones de continuidad o persistencia, y transformación de ideas, de sentidos, de acentos. El estudio de los procedimientos de reformulación, en el nivel de la *heterogeneidad mostrada* constituye un buen punto de partida para el estudio de las proximidades y distancias entre discursividades (Fanjul, 2002) Comprende tanto la revisión de los textos que han sido evocados, en tanto fuente, como su estatus en la nueva estructura (Maingueneau, 1980).

Gülich y Kotschi (1995) consideran a la reformulación, en particular la reformulación parafrástica como un *procedimiento de tratamiento* que consiste en caracterizar retrospectivamente una situación como insuficiente. Esta caracterización puede variar según la distancia entre los discursos puestos en relación. En el caso de la repetición (copia o cita textual) esa distancia es igual a cero. La corrección o la disociación, que adopta las formas de expansión, reducción, variación u omisión de partes, tiende a establecer mayores distancias.

Las operaciones de reformulación que permiten la cohesión textual y la progresión discursiva contribuyen, en este aspecto comparable con el discurso académico, a lograr una versión acorde con la perspectiva del enunciador, y a orientar, o incluso a imponer, una cierta interpretación en la lectura (García Negroni, 2009).

La relación entre discursos en los textos, conlleva un juego de modalidades de procesamiento del tiempo. En el caso que nos ocupa, mientras que el discurso periodístico en la reformulación integra un discurso de actualidad, en el discurso jurídico-legal refuerza lo perenne. Según Orlandi (1999) las paráfrasis mantienen una continuidad de memoria, un retorno a los espacios del decir, son diferentes formulaciones del mismo decir sedimentado que guarda una relación con el *preconstruido*, en tanto efecto de, desde *siempre ahí*. Esta característica que se juega en la persistencia de las tradiciones del discurso jurídico como el dispositivo de encierro del tipo de la cárcel, se juega también en el tipo de escritura de los textos legales, que mediante la repetición pretende abarcar todas las temporalidades de manera universal, confiriendo una ilusión de inmutabilidad.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad mostrada y las distintas formas que adopta la reformulación, distinguiremos operativamente primero, las alusiones al discurso jurídico-legal, en las voces autorizadas que son citadas. Analizaremos las referencias que remiten a fuentes del archivo legal y las reformulaciones efectuadas al citar e interpretar el discurso que remite a las leyes por parte del

enunciador periodístico³. Contrastaremos luego las fuentes documentales con las perspectivas periodísticas en torno a dos temas que resultan centrales en el corpus: la internación y el cierre del hospital psiquiátrico.

3.3. Fragmentos dialógicos: dicen que dicen...

Del total de las crónicas periodísticas del corpus, nos centraremos en las cuatro que contienen referencias al discurso legal hechas en el anuncio oficial (La página del gobierno de la ciudad del 1/4, una nota de *Página 12* del 1/4, una del diario *La Nación* del 1/4 y una del diario *Clarín* del 2/4). Tres de ellas reproducen fragmentos en discurso directo de lo dicho por el jefe de gobierno: la nota de la página web del gobierno de la ciudad (Pg. GCABA), la del diario *La Nación* (LN) y la del diario *Clarín* (Cl) este incluye además otras referencias a la ley de las que se hace cargo el medio. La cuarta nota, una entrevista del diario *Página 12*, no hace alusión explícita al anuncio gubernamental sino a los dos temas que discursivamente están puestos en relación con la ley a lo largo del corpus: las internaciones y la institución psiquiátrica. La referencia legal en *Página 12* remite a los estándares internacionales, mientras que las de los otros medios a la legislación local.

3.3. 1. Las leyes afirman “esto”

Empezaremos entonces comparando los casos que contienen discurso directo. Las crónicas de dos publicaciones (Pg. GCABA, y diario LN) utilizan citas del jefe de gobierno refiriendo al discurso jurídico legal, muy similares.

³ Hablamos de enunciador periodístico de modo genérico, como instancia enunciativa compleja, y no como la persona del/a periodista, o redactor/a en caso de las notas con firma.

En ambas notas se nombra la cárcel en clara remisión al discurso del encierro y a la memoria que asocia locura y delito con la institución psiquiátrica. Después de comparar –aún con atenuaciones– los centros Borda y Moyano con cárceles en estado de abandono, la página del gobierno de la ciudad contrapone ese modelo de atención que se califica como “agotado” al “marco legal de avanzada” con el que cuenta la ciudad y del que surgiría el plan que se anuncia. El diario *La Nación*, cuyas similitudes con la página del Gobierno son notorias, suprime en este caso parte de las palabras del jefe de gobierno, evitando reproducir esa imagen “de avanzada” con la que se representa la gestión.

Fragmento periodístico ⁴	Refer. J-L
<p>“Macri señaló que es un modelo que ‘está agotado y que lleva muchas décadas de abandono’, por cuanto se habla de esos centros ‘como si hubiese una <u>cárcel</u> adentro’. El jefe de Gobierno rescató, sin embargo, el ‘empeño, capacidad y compromiso’ de los recursos humanos de esos centros de atención mental y el ‘<u>marco legal de avanzada</u>’ con que cuenta la Ciudad.”</p> <p>“A pesar de que la gran mayoría de los especialistas en salud mental y <u>las leyes vigentes afirman esto</u>, en la Ciudad seguimos teniendo pacientes internados crónicamente’, sostuvo.” (Pg. GCABA. 01/04/08, “Se invertirán 160 millones de pesos. Presentación de un nuevo modelo de atención de salud mental”)</p>	<p>Cárcel</p> <p>Marco legal</p> <p>Leyes vigentes</p>
<p>“Macri dijo que el actual modelo de salud mental ‘está agotado y lleva muchas décadas de abandono’, y afirmó que ‘por eso se habla de esos centros como si hubiera una <u>cárcel</u> adentro.’</p> <p>El jefe de gobierno destacó, sin embargo, el ‘empeño, capacidad y compromiso’ de los recursos humanos de esos centros de atención mental.”</p> <p>“A pesar de que la gran mayoría de los especialistas en salud mental y las <u>leyes vigentes afirman esto</u>, en la ciudad seguimos teniendo pacientes internados crónicamente’, manifestó Macri en la conferencia de prensa que ofreció en el microcine de la sede gubernamental”. (LN. 01/04/08, “Proponen cerrar el Borda y el Moyano”)</p>	<p>Cárcel</p> <p>Leyes vigentes</p>

⁴ Notas: Los subrayados son nuestros. Subrayado simple: referencias al discurso jurídico, subrayado doble: reformulación.

En el último párrafo de los fragmentos transcritos se caracteriza de agotado al modelo actual. El giro de sentido se produce en ambos diarios con otra cita que refiere a las leyes vigentes. Por medio del deíctico cotextual “esto”, cuya referencia anafórica debe inferirse pues no aparece claramente en ninguna de las dos notas, se parafrasea lo que afirman las leyes de salud. El contenido de la legislación que es reformulado, y que adquiere una distancia máxima de los textos legales que son su fuente, solo es presentado en los dos medios por la oposición a tener pacientes internados crónicamente. Esta representación, al atribuir a la internación un rasgo que suele asignársele a la enfermedad (su carácter crónico) naturaliza una metonimia que termina confundiendo lugares y pacientes, causas y efectos, entre otros.

3.3. 2. “Lo” que dice la ley

El tercer caso de mención de la ley proviene de una nota de *Clarín*, se integra en una secuencia narrativa cuyo desenlace resulta de la transformación del hospital en una suerte de viviendas para pobres. La referencia legal consiste en una aclaración del diario que nombra a la ley de Salud Mental de la Ciudad por su N° y año de sanción, en el marco de una cita del discurso del jefe de gobierno de la ciudad acerca de las internaciones largas generadas por el sistema. El sentido del enunciado se continúa con la afirmación de que “así” los hospitales desbordan, y prosigue con las estimaciones de la Justicia en discurso indirecto que despliegan una asociación causal entre la llegada o la permanencia de personas sin recursos, hogar o trabajo a los centros de atención psiquiátrica y “el desborde” de esos hospitales.

Fragmento periodístico	Refer. J-L
<p>“Es que el sistema –pese a lo que dice la <u>Ley N°448</u> de Salud Mental, sancionada en 2000- tiende a generar internaciones largas, algunas de varias décadas.’ Así los hospitales desbordan. Y como a estos centros llegan generalmente personas sin recursos, en la <u>justicia</u> estiman que hay entre 400 y 450 pacientes que ya tienen el alta pero no se van porque no tienen hogar ni trabajo.” (Cl. 02/04/08, “Salud mental: quieren cerrar en dos años el Borda y el Moyano”)</p>	<p>Ley 448 Justicia</p>

Al igual que en las notas de *La Nación* y la página del Gobierno, la ley se opondría a las internaciones prolongadas que, en este caso, llevan al “desborde” de los hospitales. Luego se trae la voz de la justicia, como voz autorizada, dando una estimación sobre las personas-pacientes que tendrían el alta médica y permanecen en el lugar. Se puede observar cómo la referencia a la ley (del discurso directo) la distancia del sistema generador de internaciones largas y de la acción de los pacientes por su condición socioeconómica. Retomaremos esta construcción en el capítulo 5.

En las notas analizadas hasta ahora, la ley es reiteradamente aludida como una norma violada, no cumplida. Esa mención de “falta de cumplimiento de lo que dice la ley” siempre remite a cuestiones relativas a la internación, que se describe como “prolongada” e injustificada en diario *Clarín* o como “crónica” en la página de la ciudad y en *La Nación*. De este modo, según se infiere de las notas, el eje de la ley sería su posición contraria a las internaciones. En la segunda parte de este capítulo estudiaremos los planteos de las leyes locales en relación con la internación para evaluar su caracterización en estas reformulaciones interdiscursivas.

3.3.3. Compatibilidades

En una subnota titulada “Resistencia y prejuicios”, que amplía la entrevista de Pedro Lipkovich a un especialista de OPS, el diario *Página 12* aborda nuevamente la relación entre las leyes y el campo de la salud mental. La Constitución y la ley de Salud Mental de la Ciudad están referidas pero a diferencia de su tratamiento en otros medios, son puestas en relación con los estándares internacionales de derechos humanos.

En la primera parte, el entrevistador pregunta por la adecuación de la salud mental a los estándares de derechos humanos y el entrevistado responde desde la perspectiva de la OPS señalando que hay que reducir paulatinamente, hasta poner fin a la internación en establecimientos psiquiátricos.

En un segundo momento, planteada la compatibilidad entre las leyes locales y los estándares de derechos humanos por parte del entrevistador, el entrevistado, responde contrastando la incorporación de los estándares internacionales a las leyes vigentes con la no puesta en práctica de dichas leyes, por un lado, y con el modo en que deben implementarse, por otro. El diario se apoya en la autoridad del entrevistado en su calidad de experto de OPS y de ese modo valida la perspectiva normativa sobre el tema.

Fragmento periodístico	Refer. Jur. Leg.
<p>¿Qué obstáculos suelen presentarse cuando se quiere adecuar la atención en salud mental a los <u>estándares en derechos humanos</u>?</p> <p>–Los profesionales y el personal de los hospitales generales pueden estigmatizar esta atención y poner trabas a la constitución de servicios de salud mental. La OPS destaca que la salud mental debe atenderse en los hospitales generales, en la perspectiva de, paulatinamente, reducir y poner fin a la internación en establecimientos psiquiátricos.</p> <p>–La Constitución y la <u>Ley de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires</u> plantean algunos criterios compatibles con los <u>estándares de derechos humanos</u>, pero, según entidades de derechos humanos, no se han puesto en práctica...</p> <p>–En muchos países, luego del importante paso de formular <u>una ley</u> que incorpore los <u>estándares internacionales</u> de salud mental, no se la ha puesto en práctica. Estas <u>leyes</u> deben ser implementadas incluyendo una orientación del presupuesto que priorice, no ya el hospital Psiquiátrico, sino la atención primaria, el hospital general, los sistemas comunitarios. (Pg.12. 01/04/08, "Resistencias y prejuicios")</p>	<p>Estándares en derechos humanos</p> <p>Ley de Salud Mental de CABA</p> <p>Estándares de derechos humanos</p> <p>Ley</p> <p>Estándares internacionales</p> <p>Leyes</p>

En los cuatro medios analizados hemos distinguido los fragmentos en los que aparece referido el discurso jurídico legal. Como se puede observar no hay citas directas de ninguno de los textos legales mencionados, la sola alusión provee autoridad recíproca entre el derecho, el discurso político, y la perspectiva del enunciador periodístico.

Los documentos legales referidos son la ley de salud mental de CABA, o Ley 448; y de manera más difusa registramos referencias al “marco legal”, las “leyes vigentes”, o simplemente a las “leyes” en plural, con lo que se amplía el campo jurídico aludido a otra legislación local y a documentos de rango internacional.

La revisión de estas fuentes posibilitará una aproximación a la perspectiva actual del derecho en torno a la atención en casos de internación, a la institución psiquiátrica y de salud mental y a los derechos de los pacientes. A través del estudio de los textos legales y sus reformulaciones en el discurso periodístico realizamos una evaluación más precisa de las transformaciones de significados y los efectos de poder que revela la ausencia, en las notas periodísticas, de los diversos aspectos que, según las leyes, se deben tener en cuenta en torno de estos temas.

3. 4. Internaciones e instituciones según las fuentes jurídicas

Hemos dividido las referencias al discurso jurídico legal en dos grupos: la legislación local principalmente mencionada en las notas de los diarios *La Nación*, *la página de la Ciudad*, y el diario *Clarín*, y la legislación internacional referida por la nota del diario *Página 12*.

Habiendo revisado las interpretaciones que ha dado cada nota del primer grupo (Pág GCABA, diario LN, y diario CI) a las leyes citadas en cada caso, veremos a continuación cómo los documentos, la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, 448, y otras dos, la Ley de Salud y la Constitución, de la Ciudad de Buenos Aires, que forman parte del “marco legal” local, se refieren a la atención en caso de internación, y la institución, psiquiátrica. Recordemos que las citas del discurso del jefe de gobierno, que coinciden con las perspectivas periodísticas de los tres diarios, relacionan las leyes con lo que se presenta como su trasgresión, las internaciones. Nuestro objetivo es observar el tipo de lectura que se ha hecho

del marco legal y de qué modo se lo emplea para sostener un proyecto que incluye cerrar los hospitales psiquiátricos de la ciudad.

Contrastaremos, en un segundo momento, las fuentes del archivo legal de índole internacional con la interpretación que surge de la entrevista del diario *Página 12*. En este caso incluiremos, además de la nota en que se hace referencia a las leyes locales puestas en relación con los estándares internacionales, la nota central del mismo día en la que el entrevistado trata las internaciones según dichos estándares.

3.4.1. Salud Mental en la legislación local

El texto legal que constituye la referencia más inmediata en las crónicas de *La Nación*, *Clarín* y en la página del gobierno de la ciudad es la Ley de Salud Mental. Esta ley dialoga con otros documentos, también referidos en su texto: la Ley de Salud y la Constitución de la Ciudad. Ambas son de nivel local y constituyen expresiones del proceso de institucionalización de la Ciudad de Buenos Aires como Ciudad Autónoma.

3.4.1.1. Ley 448. Cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios

La *Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires* N°448 del año 2000 aborda la internación en las *Disposiciones generales* del Cap.1, y específicamente a lo largo del Título II, *Régimen de Internaciones*. El art. 2 de las *Disposiciones*, enuncia los Principios que sustentan la “garantía del derecho a la salud mental”, en el punto (f) considera: “La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios;”

Si bien el texto de la Ley hace eje en la atención ambulatoria, contempla la internación en “hospitales monovalentes”. El art. 13, del Cap. III *Sistema de Salud Mental*, referido a la red que integra los dispositivos del subsector estatal, establece entre las características de su accionar:

e) Internación de corto plazo en hospitales generales y monovalentes de salud mental; f) Internación de tiempo prolongado en hospitales monovalentes de salud mental, en los hospitales generales pediátricos, y hospitales de infecciosas y otros establecimientos específicos en salud mental.

También el art. 14 *Efectores* establece 19 tipos de efectores, uno de los cuales es el "Hospital monovalente de salud mental".

El art. 20 del Cap. 1 Principios generales, del Título II *Régimen de internaciones*, dice:

La internación de personas con padecimientos mentales, en establecimientos destinados a tal efecto, se debe ajustar a principios éticos, sociales, científicos y legales, así como a criterios contemplados en la presente Ley y en la Ley 153. Para ello se debe establecer la coordinación entre las autoridades sanitarias, judiciales y administrativas. Sólo puede recurrirse a la internación de un paciente, cuando el tratamiento no pueda efectuarse en forma ambulatoria o domiciliaria, y previo dictamen de los profesionales del equipo de salud mental u orden de autoridad judicial para los casos previstos.

El enunciado retoma el núcleo planteado en el art 2 (f) de las Disposiciones: "La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios;" y lo reformula especificándolo como normativa sobre el acto de internar.

En el siguiente artículo, 21, clasifica las internaciones en: voluntaria, involuntaria y por orden judicial. Trata estas últimas en los caps III y IV respectivamente. El art. 24 fija el plazo de internación en períodos renovables de 1 mes, y el art. 29 del Cap.III del mismo Título (II) dice que

La internación involuntaria de una persona procede cuando a criterio del equipo profesional mediare situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.

Aquí la presunción de peligrosidad, característica de la tradición alienista continúa de modo atenuado en el criterio de *riesgo inminente*.

En todos los casos se trata de indicaciones hacia futuro, no de condiciones para los pacientes que estuvieran ya "internados crónicamente".

Como hemos visto, la ley 448 está referida en las tres notas pero sólo la nombra el diario *Clarín* en una aclaración intercalada en una cita directa, que plantea una contraposición entre el sistema y la Ley, para luego continuar con la perspectiva del enunciador periodístico que deriva hacia la voz de la Justicia.

Es que el sistema –pese a lo que dice la Ley N°448 de Salud Mental, sancionada en 2000– tiende a generar internaciones largas, algunas de varias décadas. Así los hospitales desbordan. (Cl. 2/4 "Salud mental: quieren cerrar en dos años...")

La idea de la internación como un último recurso cuando no pueda tratarse de manera ambulatoria formulada en la Ley 448, no está retomada. En la nota del diario *Clarín* "lo que dice la ley" está reformulado a partir de la voz de la Justicia, como problema de desborde por cantidad de personas, y efecto de la permanencia de pacientes con alta o que carecen de recursos para irse. Recordemos que el concepto sobre la internación como último recurso presente en la ley 448, tampoco está retomado en el diario *La Nación* ni en la página del GCABA, quienes en cambio citan palabras del jefe de gobierno señalando como problema que "en la ciudad seguimos teniendo pacientes internados crónicamente".

La elusión de los significados presentes en el texto legal sobre las internaciones, evita formular una interrogación acerca, entre otros temas, de las condiciones existentes para los tratamientos ambulatorios.

El siguiente documento del "marco legal" o de las "leyes vigentes" es la Ley de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N°153.

3.4.1.2. Ley de Salud de la Ciudad. Desinstitucionalización progresiva

La Ley de Salud de la Ciudad N°153 (25/2/1999), trata sobre la internación en el art. 48 inc. c de la "Legislación específica", donde dice:

La presente ley se complementa con legislación específica en los siguientes temas: [...]

c. Salud mental, que contempla los siguientes lineamientos:

1. El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas;
2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios.
3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día; [...]

Esta ley tampoco habla de internaciones crónicas, aunque la "desinstitucionalización" presupone una institucionalización⁵ en el sentido, al

⁵ Basaglia relacionaba la institucionalización con la condición de asilo de los hospitales psiquiátricos, "Un esquizofrénico rico, hospitalizado en una clínica privada, no tendrá el mismo diagnóstico que un esquizofrénico pobre, internado de oficio en un hospital psiquiátrico. La que caracteriza la hospitalización del primero no es sólo que le evita ser automáticamente etiquetado como enfermo mental 'peligroso para sí mismo y para los otros, objeto de escándalo público', sino que el tipo de hospitalización del cual se beneficia le protegerá de ser deshistorizado, arrancado de su realidad. En efecto, la institucionalización 'privada' no interrumpe siempre la continuidad de la existencia del enfermo, ni llega a abolir de forma irreversible su papel social. También le será fácil, una vez haya superado el período crítico, reintegrarse a la sociedad. El poder deshistorizante, destructivo e institucionalizante, a todos los niveles, propio de la organización de los asilos, se ejerce únicamente sobre quienes no tienen más elección posible que el hospital psiquiátrico" (Basaglia, 1972:140) Es probable que esta opinión acerca de las clínicas privadas se deba a que en ese momento fueran receptivas a experiencias terapéuticas alternativas, pero actualmente no se puede afirmar que la atención en clínicas privadas esté exenta de los rasgos y efectos de la "institucionalización" que reproduce en el campo de la psiquiatría las estructuras sociales. El autor

menos, de una temporalidad "crónica". Pero en la Ley de Salud, la desinstitucionalización "progresiva" incluye consideraciones terapéuticas que ponen de relieve la palabra y la singularidad (1 y 2) así como la implementación de alternativas de atención y reinserción (3). Podemos observar que las referencias periodísticas al "marco legal" de la ciudad tienden a presentar a los "asistidos" de manera uniforme y no desde el respeto a la singularidad y la provisión de espacios posibilitadores como se indica a partir del punto 1.

El tercer documento que compone el "marco legal" o las "leyes vigentes" en la Ciudad es la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.

3.4.1.3. Constitución de la Ciudad. Derechos y necesidades

La Constitución de la Ciudad del 1/10/1996 es un documento de mayor generalidad, anterior a la Ley de Salud y la Ley de Salud Mental. No trata el tema de la internación, no obstante los puntos más próximos se encuentran en el art. 13 del Libro Primero, Título Primero, el enunciado sobre *Derechos y garantías*, y luego en el punto (4) del art. 20 del Cap. Segundo *Políticas Especiales*. Por un lado, de manera general del artículo 13 se expide por garantizar la libertad:

La Ciudad garantiza la libertad de sus habitantes como parte de la inviolable dignidad de las personas.

El art. 20, en el punto 4 del Capítulo Segundo sobre *Políticas Especiales* se detiene en el derecho a la salud, la define por su integralidad y la vincula a la satisfacción de un conjunto de necesidades:

va incluso más allá "El enfrentamiento al sistema institucional sobrepasa la esfera psiquiátrica para entrar en el dominio de las estructuras sociales que la sostienen y nos obliga a una crítica de la neutralidad científica, que tiende al mantenimiento de los valores dominantes, para transformarse en crítica y en acción política" (p.19).

4. Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

Esta consideración acerca del derecho a la salud integral no ha sido retomada en las crónicas del anuncio. Aun cuando están presentes la carencia de hogar y trabajo (como en la nota del diario *Clarín* que no obstante no cita esta fuente), estas no se vinculan con la satisfacción de necesidades. Por el contrario, la carencia de recursos, vivienda y trabajo aparecen como los indicios de una población que causa el desborde hospitalario (*Clarín*) o que la ciudad está manteniendo (*La Nación*, página GCABA)

3.4.2. Legislación supranacional. Estándares y Derechos humanos

Como se ha señalado, el diario *Página 12* centra el tratamiento de la Ley de Salud Mental en la relación con los estándares internacionales, una serie de documentos del tipo de las *declaraciones*, que tienen como principal referencia a la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por la Asamblea de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Esta referencialidad, que resuena en las notas, es tanto global y nominal, como vinculada con los términos presentes en su articulado, entre ellos los principios de libertad e igualdad, dignidad y derechos que figuran en el artículo 1° de la Declaración.

Para interpretar este interdiscurso, es pertinente hacer un recorrido por algunas definiciones básicas. Si nos detenemos en el primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos encontraremos, a propósito de la definición de ser humano una concepción que presupone los atributos de razón y conciencia "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros"⁶. Razón y conciencia, son precisamente las condiciones que

⁶ <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

suelen considerarse ausentes o afectadas en la enfermedad mental y locura. De esta forma, condición humana y locura (o enfermedad mental) aparecen reñidas en la Declaración. Es por lo tanto, un punto de exclusión, y límite al criterio de universalidad de los derechos humanos en el centro del tema que nos ocupa.

En lo que se refiere a la historia de esta declaración, se relaciona con las conmociones que en Europa dieron paso al nuevo mundo capitalista y al surgimiento de, entre otros efectos, los dispositivos jurídicos. La Declaración Universal de 1789 formulada entonces, es antecesora de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948⁷ en la que se basan los documentos que componen los estándares de derechos humanos de nivel supranacional. Con el fin de abarcar instrumentalmente las demandas que pasan a formar parte los derechos humanos, aumenta la elaboración de textos legales. Al respecto, observa Agamben (1996) que la estrategia de responder a fenómenos de derechos humanos con una multiplicación de normativas ha impedido comprender el significado histórico que envuelven. Reflexionar acerca de los textos y su circulación reformulada por la prensa puede contribuir a esa comprensión.

⁷ El principal antecedente de la Declaración Universal de los Derechos Humanos es la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 proclamada en Francia al calor de la Revolución burguesa. Destaca Agamben (1996:44) que si bien aquella otorgaba derechos de libertad e igualdad en el artículo 1 como efecto del "mero hecho del nacimiento", los recortaba luego en el art 3 a la figura del "ciudadano". Nacimiento, ciudadanía y Nación confluyen así, en el recorte de derechos conforme a la división entre ciudadano y extranjero. La otra división que interpela la universalidad de aquella Declaración tiene que ver con que la denominación "hombre" elevada a universal era indicativa de la primacía de un género en términos de derechos. Actores de la revolución como Condorcet y Olympe de Gouges llamaron la atención sobre esta parcialidad, una contradicción oculta en la Declaración pero indicativa de la condición jurídica de las mujeres que recién en 1792 obtienen/mos reconocimiento de derechos civiles. De ahí que Olympe de Gouges llegó a redactar *La Declaración de los derechos de la mujer y la ciudadana*. Sobre dicha Declaración afirma Roudinesco en su trabajo sobre Théroigne de Méricourt.: "Se trata, en efecto, de un remedio puntual a la famosa *Declaración de los Derechos del hombre y del Ciudadano*: el mismo número de artículos, el mismo vocabulario, etc., A excepción del art. X, en el que se enuncia esta frase asombrosa y profética: 'una mujer tiene el derecho de subir al cadalso; debe tener igualmente el de subir a la tribuna'." (Roudinesco, 1990:97)

Para entender, por ejemplo, el vínculo entre derechos humanos y manicomio es necesario tener en cuenta que la caracterización de la institución psiquiátrica por el encierro y la privación de libertad, contraria a los principios de derechos humanos no surge pero confluye en Latinoamérica, y particularmente en Argentina, con el discurso de rechazo a las dictaduras⁸. La magnitud de la represión, situaciones de detención, torturas, encierro y desaparición, actualizaba los paralelismos con las instituciones totales de la sociedad así como la dimensión política del terror y sus efectos en la subjetividad. Ese significado histórico de los derechos humanos, y su relación con la crítica al manicomio, ha quedado probablemente relegado, en el sentido de Agamben, tras la dimensión hegemónica del discurso jurídico legal.

Por su parte, los organismos internacionales de derechos humanos fueron un canal para la demanda, los reclamos y denuncias por los crímenes de la dictadura. A partir de esos años, su influencia, estructurada como perspectiva normativa de autoridad se ha ido ampliando a otros campos disciplinares, entre ellos el de la salud mental. De ahí que la sujeción a dicha instancia no sea exclusiva del diario *Página 12* aunque este la hace explícita en la orientación que adopta en las notas periodísticas que hemos analizado. En la actualidad, el foco puesto por los medios en la compatibilidad de las leyes locales con los estándares internacionales de derechos humanos reemplaza la reflexión colectiva por ejemplo, sobre la política sanitaria y los derechos. La remisión a dichos estándares como único interdiscurso en estos medios obtura su puesta en relación no solo con el discurso político y la orientación ideológica que se desee asignar a cualquier proyecto de reforma en salud mental, sino también limita el diálogo con el discurso proveniente de los distintos enfoques de las disciplinas del campo.

⁸ Esa asociación puede encontrarse en materiales publicados después de la dictadura, por ej. en la Revista "Territorios. Salud mental y derechos humanos propuestas alternativas a la psiquiatría" (1986)

Hechas estas consideraciones generales, pasaremos a la revisión de los textos jurídicos referidos como "estándares" en los medios para ampliar nuestro análisis del corpus a partir de esta documentación. El análisis de las reformulaciones parafrásticas nos ayudará a distinguir las continuidades y las modificaciones entre legislaciones.

Los estándares internacionales se conforman por una serie variable de textos⁹. Tomaremos los seis textos que el dossier¹⁰ publicado por el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos¹¹ reúne a propósito del seguimiento de la Ley 448 y la elaboración de la Ley Nacional de Salud. Nos detendremos especialmente en

⁹ La OMS, en el Manual de recursos sobre salud Mental, derechos humanos y legislación hace la siguiente formulación: "Las exigencia del derecho internacional de los derechos humanos, que incluye tanto instrumentos de las Naciones Unidas como regionales, debe constituir el marco para la redacción de legislación referida a las personas con trastornos mentales o regulatoria de los servicios sociales y de salud mental. Los instrumentos internacionales de derechos humanos pueden ser clasificados en forma genérica en dos tipos: aquellos que obligan legalmente a los Estados que los han ratificado (llamados tratados, pactos o convenciones), y aquellos que se denominan "estándares" internacionales de derechos humanos, considerados principios o directrices y consagrados en declaraciones, resoluciones o recomendaciones internacionales, emanadas de órganos de carácter internacional. Son ejemplos del primer tipo tratados internacionales de derechos humanos tales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966), y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966). Los instrumentos de la segunda categoría, que incluyen Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM, 1991), aunque no son legalmente vinculantes, pueden y deben influir la legislación de los países, dado que representan el consenso de la opinión internacional sobre la materia." (OMS, 2006:9)

¹⁰ El Informe del CELS y MDRI "Vidas arrasadas" (2008) menciona también a La Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Adoptada en junio de 1999 y vigente desde septiembre de 2001. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 61ª período de sesiones del 13 de diciembre de 2006. Y las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 48ª Ses. ONU. Res.48/96, 1993.

¹¹ Dirección Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación (2007) "Salud Mental y Derechos Humanos. Serie de Normas y Acciones en un Estado de Derecho." Colección Derechos Humanos para Todos. Area de Comunicación y Prensa, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación.

lo referido a las internaciones que son el objeto al que la prensa le dedica mayor atención.

Los documentos presentan regularidades cronológicas que hemos considerado para su agrupamiento. En el siguiente cuadro se presentan separados por décadas, '70, '90 y 2000 y por procedencias institucionales.

Década	Documentos
'70	<p>"Declaración de los Derechos del Retrasado Mental" Asamblea General de las Naciones Unidas. Res.2856 (XXVI), 20/12/1971</p> <p>"Declaración de los Derechos de los Impedidos" Asamblea General de Naciones Unidas. Res. 3447 (XXX) 9/12/1975</p>
'90	<ul style="list-style-type: none"> - "Declaración de Caracas". Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 11-14/11/1990 - "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental" Asamblea General de las Naciones Unidas. Res. 46/119, 17/12/1991. - "Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental" División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, de la Organización Mundial de la Salud, 1996.
2000	<ul style="list-style-type: none"> - "Declaración de Montreal sobre Discapacidad Intelectual" Conferencia OPS/OMS de Montreal sobre la discapacidad intelectual, 5 y 6 de octubre de 2004

3.4.2.1. Década del '70. Declaraciones de Derechos

Las dos primeras declaraciones de derechos son de 1971 y 1975 respectivamente, ambas son Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas, y se referencian a su vez en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* y otros documentos. Las dos Declaraciones lo hacen a través de un fragmento que repiten:

Recordando los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Pactos internacionales de derechos humanos y las normas de progreso social ya enunciadas en las constituciones, las convenciones, las recomendaciones y las resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y otras organizaciones interesadas,[...]

La Declaración de los Derechos de los Impedidos (en adelante DDI) es similar a la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (en adelante DDR), aunque se diferencia por incluir una resolución del Consejo Económico y Social de ese año, y con ella el tema de la prevención y readaptación.

Recordando asimismo la resolución 1921 (LVIII) del Consejo Económico y Social, de 6 de mayo de 1975, sobre la prevención de la incapacidad y la readaptación de los incapacitados, [...]

Ambos documentos hacen un detalle de los derechos que contemplan. El primero los resume en siete puntos y el segundo en 13. Abordan la internación, en el punto 4 y 9 respectivamente, pero presentan variaciones entre sí. Como se ilustra en el cuadro siguiente, mientras el punto 4 de la primera Declaración comienza con la modalidad "De ser posible" que sujeta el derecho a la posibilidad, la DDI afirma directamente el derecho a vivir y sin atenuación alguna de la aserción, el derecho del impedido a vivir con su familia o en un hogar que la substituya. Otra variación parafrástica entre los dos documentos es la relativa al modo en que se nombran las acciones acerca de la hospitalización del paciente. En la DDR se habla de "internarlo" y en la DDI de "permanencia" en un establecimiento especializado, en el primero además, se condiciona el derecho a las posibilidades. Ambos documentos establecen el parámetro de "vida normal" para delimitar las condiciones del medio en el que *permanezca* o se *interne* a la persona, pero en la DDR, además, se condiciona ese derecho a llevar una vida normal mientras se esté internado, nuevamente, a las posibilidades.

De ser posible, el retrasado mental debe¹² residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal (pto 4, DDRM)

El impedido tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la substituya y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas. Ningún impedido podrá ser obligado, en materia de residencia, a un trato distinto del que exija su estado o la mejoría que le podría aportar. Si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él deberán asemejarse lo más posible a los de la vida normal de las personas de su edad (pto.9 DDI)

3.4.2.2. *Década del '90. Instrumentos de aplicación*

Los documentos que datan de la década del '90 se proponen como normas para ser aplicadas, en general con lineamientos más precisos que los anteriores. Son tres: a) La Declaración de Caracas, b) los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, y c) los Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de Salud Mental.

3.4.2.2. a) *Declaración de Caracas (en adelante DC)*

La DC es de 1990, y tiene dos diferencias importantes respecto de las precedentes. No la emite la Asamblea de Naciones Unidas sino

¹² Los subrayados son nuestros

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Además de las referencias indicadas en los considerandos son la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). El documento se sitúa en el ámbito específico de la Salud, como un material más prescriptivo e instrumental orientado a la reestructuración. Se divide en tres partes, la tercera es la declaración propiamente dicha; y dice de manera directiva, en los ítems 4 y 5:

4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:

- a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
- b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.

5. Que la capacitación del recurso humano en Salud mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración”

Como puede observarse la Declaración de Caracas promueve un modelo de internación psiquiátrica en hospitales generales y la atención comunitaria a través de servicios de salud. Son estas las recomendaciones que retoman las notas periodísticas.

3.4.2.2. b) *“Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental” (en adelante PPEMyMAS)*

El documento es una Resolución de la Asamblea de Naciones Unidas, y corresponde a una serie de Principios de Aplicación, que destacan desde el comienzo y en distintas partes del texto la cuestión de la *discriminación*:

Aplicación

Los presentes Principios se aplicarán sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.

El principio 1. Libertades fundamentales y derechos básicos que remite a la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el ítem (5) del primero de los 25 Principios remite entre otros documentos, a la DDI y a un "*Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión*". La asociación planteada en este ítem 5 referido a las personas que padecen una enfermedad mental revela nuevamente el vínculo manicomio-cárcel que la entrevista del diario *Página 12* retoma en el cuestionamiento a la privación de libertad.

- : 5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión (Principio 1. Libertades fundamentales y derechos básicos)

Luego en el apartado *Definiciones* formula las figuras relativas a la protección de los intereses de los pacientes en su tratamiento. Define en el ítem (h):

Por "órgano de revisión" se entenderá el órgano establecido de conformidad con el principio 17 para que reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica.

El órgano de revisión es referido en la nota central del 1/4 del diario *Página 12* "El hospital psiquiátrico debe eliminarse":

- Sí, pero muchos legos..., o muchos psiquiatras, aducirían que, lamentablemente, no hay más remedio que internar a esas personas por causa de su "enfermedad mental".

-Primero, sí hay más remedio. Pero, aun en el caso de que una persona debiera ser internada, los Principios de Salud Mental aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas exigen que esa pérdida de libertad sea revisada, en cada caso y lo antes posible, por un organismo independiente de la dirección del hospital que internó a la persona.(P.12. 1/4, "El hospital psiquiátrico...")

Continuando con las relaciones entre la institución carcelaria y la institución psiquiátrica, en distintos momentos del documento (Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental) no se habla de internación sino de "restricción" (derecho a un ambiente, y tratamiento, lo menos restrictivo posible: Principio 9. *Tratamiento*) y de "reclusión" (derecho a ser informado de sus derechos a "Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica": Principio 12. *Información sobre los derechos*). El ítem 2 del Principio 13, *Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas*, especifica el postulado ya planteado en las DDR y DDI respecto de las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas:

El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida de lo posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

a) instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento

b) Instalaciones educativas

c) Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación

d) Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad.

El Principio 7. *Importancia de la comunidad y de la cultura*, plantea en el ítem 1, que "Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive". Aunque en el ítem 2 se mantiene el mismo criterio, está prevista la institución psiquiátrica sin referir a la internación:

Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar al hogar lo antes posible. (ítem 2)

Se advierte en los párrafos mencionados el uso de la expresión "lo posible" que tiende a mitigar la indicación dada. La mitigación funciona aquí probablemente como "estrategia para reducir la fuerza de un acto de habla que no puede ser bien recibido por el oyente" (Ferrari, 2009). El ítem 1 del Principio 9, *Tratamiento*, muestra por medio de dicha formulación (lo posible) cierta tensión entre, por un lado, el derecho y necesidad de que ni el ambiente ni el tratamiento sean restrictivos, y por otro lado, la necesidad de proteger la seguridad de terceros, que permite inferir un supuesto implícito de peligrosidad:

Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

Al contrastar estas normativas con las notas del diario *Página 12* observamos que en el diario no están contempladas las condiciones del ambiente en que se realicen los tratamientos, el énfasis en cambio está puesto en la eliminación del hospital psiquiátrico y su sustitución por otras alternativas. Esta sustitución se plantea en forma progresiva, y no aparece condicionada a lo posible ni a la seguridad de terceros. Sobre esto último por ejemplo, en la nota titulada "Resistencias y prejuicios" del 1/4, el experto entrevistado por Pedro Lipcovich dice precisamente: "Las personas con trastorno mental son discriminadas sobre la base de una supuesta peligrosidad que ha sido desmentida totalmente por los datos de salud pública".

3.4.2.2. c) "*Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de Salud Mental*" (10PBNASM)

Este documento es un texto con normativas de procedimiento, realizado por la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias de la OMS. Retoma el derecho de los pacientes a las decisiones sobre sus asuntos ante una enfermedad y amplía el detalle de las condiciones para propiciar el derecho de los pacientes a opinar, dar su consentimiento y contar con los medios para decidir sobre sus tratamientos. El documento se organiza en diez principios que se dividen cada uno, en tres partes: *Descripción, componentes y ejecución*. Un aspecto muy general a destacar es que a diferencia de otros documentos, este no se remite a la universalidad de la atención, el principio 2 "Acceso a la Atención Básica de la Salud" señala en el ítem 5, punto 2 de los "Componentes", que: "El acceso a la atención de la salud, incluso la salud mental, es contingente y depende de los recursos humanos y logísticos disponibles". El principio 4 aborda la "Provisión del Tipo de Atención Menos Restrictivo de la Salud Mental" y comienza con la "Descripción" estableciendo que "A las personas con trastorno de salud mental se les proveerá una atención que sea mínimamente restrictiva", luego entre los "Componentes" el ítem 3 agrega: "Los *tratamientos basados en las instituciones* deben proveerse en el ambiente menos restrictivo". El ítem 1

menciona cómo seleccionar las alternativas menos restrictivas, el ítem 2 propone que “El tratamiento basado en la comunidad debe ser accesible para los pacientes aptos”, y el ítem 3 retoma el postulado de la *descripción* señalando que “Los tratamientos basados en las instituciones deben proveerse en el ambiente menos restrictivo” y especifica asimismo los componentes a tener en cuenta en “los tratamientos que implican el uso de restricciones físicas (cuartos de aislamiento, camisolas) y químicas, si son absolutamente necesarios deben ser contingentes”. Los principios 7. *Disponibilidad del Procedimiento de Revisión*, y 8. *Mecanismo Automático de Revisión Periódica*, abordan la revisión periódica de las decisiones relativas a los tratamientos, ampliando lo planteado en el documento anterior.

Los tres documentos presentan una línea convergente que postula que los tratamientos sean los menos restrictivos posible. En el mismo sentido, que se encuentren próximos al hogar, y que condiciones de vida en instituciones psiquiátricas sean también lo más aproximadas a las del hogar y a la “vida normal” según la edad. Estos aspectos no son retomados en las notas periodísticas. En cambio, hay referencias a la orientación de que la internación psiquiátrica se realice en hospitales generales planteada en el ítem 5 de la Declaración de Caracas, y a la tendencia normativa presente en los últimos dos documentos de esta década que analizamos, a considerar el consentimiento, respetar la determinación del paciente en cuanto a su tratamiento, y a propiciar la revisión de las internaciones a través de dispositivos que lo garanticen.

3.4.2.3. *Década del 2000. Conferencia OPS/OMS.*

La Declaración de Montreal sobre discapacidad Intelectual (DMDI) de 2004 es producto de una Conferencia de OPS/OMS, que se apoya en la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y en los derechos consagrados por “diversas convenciones, declaraciones y estándares internacionales”, y comienza:

Afirmando que las personas con discapacidades intelectuales, al igual que los demás seres humanos, tienen derechos básicos y libertades fundamentales que están consagradas en diversas convenciones, declaraciones y estándares internacionales; [...]

Un aspecto distintivo de este documento es que está asumido por una primera persona del plural y en ese modo de presentación indica una conformación intersectorial:

Nosotros

Las personas con discapacidades intelectuales y otras discapacidades, familias, representantes de personas con discapacidades intelectuales, los especialistas del campo de la discapacidad intelectual, trabajadores de la salud y otros especialistas del campo de la discapacidad, representantes de los Estados, proveedores y gerentes de servicios, activistas, los legisladores y abogados reunidos el 5 y 6 de octubre de 2004 en la Conferencia OPS/OMS de Montreal sobre la discapacidad intelectual, juntos

DECLARAMOS QUE

1. Las personas con discapacidades intelectuales, al igual que el resto de los seres humanos, nacen libres e iguales en dignidad y derechos. [...]

El documento se organiza en tres partes luego de la introducción. Esas tres partes que contienen una serie de ítems cada una, aparecen como enunciados de los firmantes, y son: *Declaramos que, Acuerdan, Recomendamos*. La Declaración se expide en consonancia con los otros documentos, a favor de la libertad y la dignidad entre otros valores humanos. Aunque no se ocupa de la internación psiquiátrica exhorta a los Estados a limitar el accionar médico, por ejemplo en el punto 3, dice:

Los Estados tienen la obligación de proteger, respetar y garantizar que todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y las libertades de

las personas con discapacidades intelectuales son ejercidos de conformidad con las leyes nacionales y las convenciones, declaraciones y estándares internacionales de derechos humanos. Por lo tanto los Estados tienen la obligación de proteger a las personas con discapacidades intelectuales contra experimentación médica o científica sin un consentimiento libre e informado o cualquier forma de violencia, abuso, discriminación, segregación, estigmatización, explotación, trato o castigo cruel, inhumano o degradante. (3)

Formula el derecho a la salud en el marco de otros derechos y en relación con la inclusión social y el acceso a ciertas condiciones:

Los derechos humanos son indivisibles, universales, interdependientes e interrelacionados. Consecuentemente, el derecho al máximo nivel posible de salud y bienestar está relacionado con otros derechos fundamentales. En el contexto de las personas con discapacidades intelectuales el derecho a la salud debe ejercerse asegurando la inclusión social, una calidad de vida adecuada, el acceso a experiencias educativas adaptadas, el acceso a un trabajo justamente remunerado y el acceso a servicios integrados en la comunidad.(4)

Destaca también el derecho de las personas con discapacidad intelectual a tomar decisiones, el reconocimiento de la competencia para ello, y la importancia de que este derecho no sea interrumpido:

b. Bajo ninguna circunstancia las personas con discapacidades intelectuales serán consideradas incompetentes para tomar decisiones en base a su discapacidad. [...] Cualquier interrupción de este tipo deberá ser por un período de tiempo limitado, sujeto a revisiones periódicas [...] (6.b)

Este documento pone de relieve asimismo, la importancia de la participación de las "personas con discapacidad intelectual" en la toma de decisiones no sólo respecto de sí mismas y sus tratamientos sino también "en el desarrollo y la evaluación continua de toda legislación, política y plan que les concierne" (9.h, del párrafo de *Recomiendan*)

Este concepto también está presente en la nota central del diario *Página 12* del 1/4, en el copete "Propone incorporar en este proceso de reforma a "las propias personas con discapacidad mental" y en el cuerpo de la misma entrevista a afirmar el entrevistado que "No se puede hablar de derechos del usuario sin que él esté presente en el momento de negociar políticas y planes de salud mental" (P.12. 1/4, "El hospital psiquiátrico debe eliminarse")

Este medio, al igual que los otros diarios analizados, no se hace eco de las definiciones de derecho a la salud como la que formula el documento que comprende junto a la inclusión social, la calidad de vida, la educación, el trabajo justamente remunerado, y el acceso a servicios integrales.

Considerando el conjunto de los documentos revisados, las recomendaciones, o mandatos de la década 1970-1979 muestran una contradicción, establecer derechos del estatuto de derechos humanos para personas con retraso o impedimentos, y condicionarlos a las im-posibilidades de los países. Asumido este condicionamiento, "lo posible" no dejará de estar presente en los sucesivos textos, más instrumentales del período 1990-1999, que formulan la regulación de los tratamientos restrictivos con el criterio de que los tratamientos sean los menos restrictivos posible. Este conflicto entre derechos y posibilidades, principalmente económico- políticas, no está retomado en las notas periodísticas (ni en las consideraciones sobre el deterioro sanitario descrito por ej. en algunas notas de los diarios *Clarín* y *La Nación*)

La nota del diario *Página 12* (Resistencias y prejuicios) que refiere a la ley y los estándares, contempla dos de las recomendaciones presentes en la propuesta de reestructuración de la atención de la Declaración de Caracas: la internación psiquiátrica en hospitales generales, y la atención comunitaria. Esta última se encuentra con distinta formulación en casi todos los documentos, como también la mención de distintos dispositivos de atención. Una particularidad de la nota periodística mencionada es que sitúa los obstáculos para adecuar la atención a los estándares en los profesionales y personal de los hospitales generales. Los

documentos revisados dirigen las normativas hacia los Estados (englobando en él a la justicia, salud, educación, etc.).

Como hemos visto, en el período 1990-99, toma fuerza el derecho a dar consentimiento por parte del sujeto, como la consideración de sus decisiones, determinándose figuras legales para ese fin. Estas normativas como las que surgen de la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual¹³, del siguiente período, son retomadas en otra nota del mismo diario (P.12, 1/4. "El hospital psiquiátrico debe eliminarse") en la que se promueve la participación de los usuarios y familiares.

El discurso legal en este medio combina en los enunciados del experto, la modalidad directiva que reproduce la autoridad de la norma, con la selección de las fuentes que evoca en sus respuestas e indicaciones.

3.5. Referencias legales y reformulaciones combinadas

Volviendo sobre las reformulaciones periodísticas y las interpretaciones que dan a la ley, hemos visto que las notas periodísticas remiten a fuentes de textos legales de dos modos: por el nombre, o nominal, y por la inclusión de los contenidos o significados traídos desde otro discurso al texto actual en que son reformulados. Los procedimientos de reformulación estudiados ponen en diálogo enunciados de un mismo discurso, y voces provenientes de discursos diferentes, del discurso

¹³ Las notas del diario incorporan el término discapacidad aunque reformulado como discapacidad mental, e incluyen también en las palabras del entrevistado, la categoría de usuario.

periodístico y el discurso político, de este y el discurso legal, y del discurso periodístico y el discurso legal.

Las citas y referencias nominales de las notas periodísticas permiten por una parte, oponer la valoración negativa de las internaciones y las instituciones psiquiátricas a la valoración positiva de la autoridad de la ley y de sus enunciadores. Por otra parte, ofrecen un sustento de autoridad que legitima las perspectivas que los diarios adoptan. En el contraste entre los enunciados de las fuentes documentales y la orientación interpretativa de la prensa se distinguen variaciones de significación respecto a los temas de internación e instituciones psiquiátricas. Dichas variaciones están vinculadas a los procedimientos de referencia y reformulación.

La revisión de los documentos legales mostró la presencia de reformulación parafrástica entre los textos, y a veces en el mismo texto. Son reformulaciones que tienden a la repetición, mantienen los núcleos textuales de los enunciados con modificaciones de distinto alcance; y asegurando la continuidad discursiva entre documentos diferentes se diversifican en los aspectos que aborda cada documento. Esta modalidad imprime perennidad temporal, e identidad con una tradición. Aporta de ese modo, al refuerzo del género discursivo y con ello a su función normativa. Luego, las notas periodísticas hacen una selección de las referencias respecto de los modos en que los estándares contemplan, o no contemplan, las internaciones y las instituciones psiquiátricas y las reformulan de acuerdo a la orientación del medio.

Partiendo entonces de las recomendaciones halladas en el corpus de leyes revisado, estamos en condiciones de situar las transformaciones que se producen en la interpretación de la prensa.

1) *La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios* está planteada en La ley de salud mental, 448, que contempla entre los efectores el hospital monovalente, como es la

institución psiquiátrica. La presunción de riesgo es un criterio para la internación involuntaria. En la prensa no está contemplado el criterio que se lee en la ley 448. Su mención (hecha en el diario *Clarín*) se relaciona con el desborde de los hospitales a causa de la llegada de personas sin recursos, vivienda o trabajo. Se desplaza de este modo, el problema de las modalidades de atención a una problemática social sin vincularla con una definición de salud integral. La presunción de riesgo tampoco es retomada por la prensa, en cambio las menciones que hacen los diarios *La Nación* y en la *página del GCABA* a la cárcel o a la peligrosidad vehiculizan la contraposición del modelo agotado al modelo que se anuncia.

2) *La desinstitucionalización*¹⁴ *progresiva*, está formulada en la ley de salud, 153. Pero deriva en dos direcciones no necesariamente sinérgicas, que la desinstitucionalización se desarrolle a partir de los recursos humanos y de infraestructura existente, y por otro lado, que se implementarían modalidades alternativas de atención y reinserción atendiendo la singularidad y a la palabra del sujeto. En *La Nación* y la *página del GCBA* se habla de cierre (de las instituciones, los hospitales, etc.) citando el discurso del jefe de gobierno, en un plazo de dos años. Por otra parte, la calificación de los internos como internados crónicamente orienta la lectura a considerar como excesivo el tiempo de espera y que se debe actuar con urgencia.

3) En varios documentos de nivel internacional se indica que en caso de ser necesaria una internación en un establecimiento especializado, *el ambiente y las condiciones de vida se deberán asemejar a los de la vida normal*. Estos son la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, la Declaración de los Derechos de los Impedidos, y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Apuntan así a

¹⁴ El término desinstitucionalización es utilizado en el diario *Página 12* del 2/4, citando el discurso del Dr. Lemus, pero sin consecuencias respecto de su significado. Por esta razón no tiene relevancia en nuestro análisis de las referencias de la prensa a los textos que conforman el marco legal de la CABA.

señalar que hay condiciones para que un ambiente pueda cumplir una función terapéutica. Asimismo, es notable que el concepto de normal que no es unívoco, se utiliza como si tuviera un significado universal. La prensa que remite a los estándares internacionales (*Página 12*) no hace referencia a las condiciones del ambiente para realizar los tratamientos, y se limita a mencionar estructuras que deben reemplazar al hospital psiquiátrico.

4) El derecho de los pacientes a *recibir el tratamiento menos restrictivo posible*, es un criterio que se encuentra en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, y en los Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de Salud Mental. Hay un gradiente de mitigación que parece partir de los tratamientos restrictivos sin plantear su eliminación. En las referencias de los diarios a las normativas internacionales no se ha tomado el criterio de menor restricción sino que se plantea la eliminación o la desaparición, paulatina, del hospital psiquiátrico y la internación en ellos.

5) La *internación en hospitales generales* entre otros aspectos de *atención comunitaria* está presente en la Declaración de Caracas. En el discurso del experto entrevistado por *Página 12* se puede apreciar la opción por estas recomendaciones, en cuanto a priorizar el hospital general y los servicios comunitarios nombrados como sistemas comunitarios, con el agregado de que se haga "incluyendo una orientación del presupuesto". Este punto sólo se contempla con sentido semejante, en la Declaración de Montreal que dice "Asignar los medios económicos y administrativos necesarios para el cumplimiento efectivo de dichas leyes".

Ahora bien, el tema del presupuesto sigue otro derrotero. La Ley 448 indica "La adecuación de los recursos existentes al momento de la sanción de la presente Ley, a los efectos de transformar el modelo hospitalocéntrico, para el desarrollo de un nuevo modelo de salud mental" (art.12, Cap. III Sistema). La legislación internacional decía, en la década del 70, estar "Consciente de que, dado su actual

nivel de desarrollo, algunos países no se hallan en condiciones de dedicar a estas actividades sino esfuerzos limitados". De ahí que documentos subsiguientes recurran a condicionar los derechos presentes en las declaraciones, a las condiciones de "lo posible". Hasta la formulación de los Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de Salud Mental que considera que "El acceso a la atención de la salud, incluso la salud mental, es contingente y depende de los recursos humanos y logísticos disponibles" Este condicionamiento no figura en la Declaración de Montreal, pero aunque este documento y las notas periodísticas no lo ratifican, tampoco lo rectifican.

El análisis de los procedimientos de referencia y reformulación hecho hasta aquí revela características diferenciales en las modalidades de encuentro que estos comprenden, entre la repetición y la diferencia (Foucault, Deleuze, 1995)¹⁵. La reproducción parafrástica entre los textos jurídicos, además de reafirmar el poder del género jurídico-legal, articula en textos sucesivos, significados diferentes sobre un tema común, sin reflexión sobre esas diferencias de significado. La reformulación que se produce en los textos de la prensa responde a demandas del presente y del género periodístico, que operan en las condiciones de producción desde las cuales toma forma la perspectiva del enunciador periodístico. La utilización de reformulaciones parafrásticas puede crear la ilusión de una identidad donde hay una diferencia. El ejemplo más claro de esta ilusión son las consideraciones sobre la internación que se presentan como idénticas a lo prescripto por la ley, cuando aun en el marco legal hay matices y diferencias. El discurso periodístico se asimila en este punto al discurso político que establece la

¹⁵ Un encuentro que es a la vez desencuentro, recordemos al menos que mientras en psicoanálisis, la repetición es pulsión que pugna por volver a un estado de materia inanimada, y "Mediante el disfraz y el orden del símbolo, la diferencia está comprometida en la repetición"(Deleuze, 1995: 84) La aparición del *Acontecimiento*, será otra forma poner en entredicho la dualidad platónica y lo hará "expulsando la pesadez de la materia, entrará lo incorporal; rompiendo el círculo que imita la eternidad, la insistencia intemporal [...]"(Foucault, 1995:10) pero si en el discurso jurídico la repetición remite lo inanimado (o lo inmutable) habiendo siempre diferencia, cambio, en el discurso periodístico el acontecimiento no es pura incorporalidad, se materializa a la vez que es reformulado.

equivalencia de dos términos desde su posición de poder, y en consecuencia su capacidad de *hacer-creer* (Pendones de Pedro, 1992) El presente del acontecimiento es de este modo, un texto reformulado según la perspectiva del enunciador periodístico. El texto periodístico presenta así un máximo de distancia con las fuentes aludidas y reformuladas.

3.6. Ecos

Observaciones finales

Nos hemos ocupado de las referencias al discurso jurídico en las notas periodísticas desde la perspectiva de la *heterogeneidad mostrada* principalmente, pero el diálogo interdiscursivo se advierte también en ciertos ecos de voces no referidas de forma manifiesta, que sin embargo, conjeturamos, tienen relevancia en el juego de significaciones.

Por ejemplo, tanto el papel relevante que se le otorga a las legislaciones como la tendencia a la reducción de las internaciones, forman parte de un paradigma hegemónico que resume el manual de recursos de OMS (2006) sobre Salud Mental, derechos humanos y legislación, no citado particularmente en las notas periodísticas.

La legislación tiene un papel crucial en la promoción de la atención comunitaria de los trastornos mentales y en la reducción de los ingresos involuntarios a las instituciones psiquiátricas, en especial, las internaciones de larga duración en instituciones psiquiátricas. La legislación puede poner en operación el principio del "tratamiento menos restrictivo (es decir, la provisión de tratamiento que cumpla con las necesidades, en los ambientes y del modo menos intrusivo). (OMS: 2006: 34)

Es obvio que la reducción de las internaciones no significa necesariamente la eliminación o cierre de los hospitales psiquiátricos, y que la idea de cierre o eliminación del hospital psiquiátrico no es tan unívoca en los documentos legales, como aparece en el tratamiento de la prensa. Una conjetura es que la fuerza con la que así se presenta responde a los ecos de la Ley 180 de 1978, de Italia, que prohibía la construcción de nuevos manicomios previendo el cierre progresivo de los que estaban en funcionamiento¹⁶, y con la Ley de Salud Mental de Río Negro 2440 de 1991 que dice en su artículo 1°:

Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente Ley.

La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser imprescindible la internación, proceder con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona, debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible. La internación implicará que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio. La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía.

La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.

¹⁶ En los lugares en que se implementó la Reforma Psiquiátrica Italiana se produjo un cambio muy profundo, con la creación de una multiplicidad de alternativas para la inserción social.

Esta orientación discursiva se ha planteado más tarde en la Ley Nacional de Salud Mental del año 2010 que en los arts. 27 y 28 prohíbe la construcción de nuevos neuropsiquiátricos indicando la atención en hospitales generales, y deroga el Régimen de internaciones de la Ley 22914 del año 1983, en el art. 14 del Cap. VIII Internaciones:

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

Las alternativas de atención enunciadas en las legislaciones y las falencias de atención señaladas reiteradamente muestran la dificultad de tratar un tema de gran complejidad como hecho jurídico, conforme a tendencias hegemónicas de orientación al discurso jurídico legal, en la prensa y probablemente en la sociedad. La ilusión de inmutabilidad, el efecto de autoridad normativa, y los preconstruidos sobre lo (im)-"posible", impiden la reflexión más amplia, no sólo legal sino social y subjetiva acerca del porque las necesidades y las demandas de atención de la salud mental no son registradas ni atendidas¹⁷. Esto considerando tanto las condiciones inaceptables de institucionalización psiquiátrica como las carencias en las condiciones de vida, y en las coberturas adecuadas.

A continuación, en el capítulo 4, nos ocuparemos del interdiscurso de la planificación que aunque compete a esta reflexión sobre la atención y desatención de la salud mental, se presenta en la prensa del corpus no con dicha finalidad sino como otro discurso autorizado del que se valen los medios.

¹⁷ Es la expectativa manifiesta por ej. para la OMS según la nota del Centro de Prensa que lleva por título, precisamente "Los servicios comunitarios de salud mental reducirán la exclusión social, afirma la OMS" 2007

3.7. Bibliografía

Agamben (1996): *Política del exilio. Cuadernos de crítica de la cultura*. Ed.

Archipiélago. Barcelona. pp. 44. Disponible en

<http://es.scribd.com/doc/7962266/Agamben-Giorgio-Politica-Del-Exilio-Articulo>

Basaglia, F. (1972): *La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Ed. Barral.

Entelman, R. (1982): Introducción. En: *El discurso jurídico. Perspectiva psicoanalítica y otros abordajes epistemológicos*. Legendre, P.; Entelman, R.; Kozicki, E.; Abraham, T.; Marí, E; Le Roy, E.; Vezzetti, H. Ed. Hachette, Buenos Aires, 9-20, pp.15

Fanjul, A. (2002): *Português-Espanhol. Linguas próximas sob o olhar discursivo*. Editorial Claraluz. São Paulo.

Ferrari, L. (2009): La expresión de La modalidad epistémica en artículos de investigación en español: verbos epistémicos y verbos modales. Cap. II en *De la palabra al texto. Estudios lingüísticos del español*. Giomar E. Ciapuscio Editora. Eudeba, Buenos Aires.

Foucault, M.; Deleuze, G. (1995): *Theatrum Philosophicum, seguido de Repetición y diferencia*. Editorial Anagrama. Barcelona.

Foucault, M. (2002): *La verdad y las formas jurídicas*. Ed. Gedisa. Buenos Aires.

..... (1992): *Microfísica del poder*. Colección Genealogía del poder. Ed. La Piqueta. Madrid, pp. 180

García Negroni, M. M. (2009): Reformulación parafrástica y no parafrástica y *ethos* discursivo en la escritura académica en español. Contrastes entre escritura experta y escritura universitaria avanzada. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 44, n. 1, p. 46-56, jan./mar.

Gülich, E. y T. Kotschi (1995): Discourse Production in Oral Communications. En Quasthoff, U., *Aspects of Oral Communication*. Berlín/New York, de Gruyter: 30-66.

Maingueneau, D. (1980): *Introducción a los métodos de análisis del discurso. Problemas y perspectivas*. Ed. Hachette. Buenos Aires.

Orlandi, E. (1999): *Análise de Discurso. Princípios y procedimientos*. Ed. Pontes. Campinas Sao Paulo, pp. 36

Pendones de Pedro, C. (1992): La heterogeneidad enunciativa: algunas manifestaciones de la heterogeneidad mostrada. *Revista R.U.A. Estudios de Lingüística de la Universidad de Alicante* N°8. Pp 9-24. Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6478/1/ELUA_08_01.pdf

Roudinesco, E. (1990): *Feminismo y revolución*. Théroigne de Méricourt. Ediciones Península. Barcelona.

Sosa, S. (2006): Informe Preliminar sobre la legislación vigente en Salud Mental en las provincias argentinas en relación a la reforma del modelo de atención. / *Congreso de Nacional y II Congreso Regional de Psicología*, 2006, Buenos Aires.

Todorov, T. (2012): *Los géneros del discurso*. Waldhuter editores. Buenos Aires

Zizek, S. (2001): *El sublime objeto de la ideología*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, pp. 67

Zoppi, M. (2005): Arquivo jurídico e exterioridade. A construção do *corpus* discursivo e sua descrição. Guimarães Eduardo; Brum de Paula, Miriam R. (org) *Sentido e memória*, 1ª Ed. Campinas. Pontes. São Paulo. V.1, 93-116.

..... (1999a): Ordem jurídica, orden política e a (des)orden nas ruas. *Discurso e sociedade*. V1, n1.

Revista Territorios. Salud mental y derechos humanos propuestas alternativas a la psiquiatría (1986).

Corpus jurídico

Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. 2000. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. 1999. Sanción: 25/02/1999. Promulgación: De Hecho del 22/03/1999. Publicación: BOCBA N° 703 del 28/05/1999. Reglamentación: Decreto N° 208/001 del 02/03/2001. Publicación: BOCBA 1149 del 09/03/2001.

<http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html>

Constitución de la Cdad de Bs As (1/10/96)

http://www.buenosaires.gov.ar/areas/com_social/constitucion/completa.php?menu_id=11172

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 de 2010. Disponible en http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/documentos_home/ley-nacional-de-salud-mental.pdf

Ley de Salud Mental de Río Negro, N° 2.440 de 1991. Disponible en: <http://organismos.chubut.gov.ar/saludmental/files/2010/02/Ley-N%C2%B0-2440-Salud-Mental-Rio-Negro1.pdf> y https://docs.google.com/Doc?id=dhj5hsf4_2cj5g5443

Dossier de la Dirección Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación (2007) "Salud Mental y Derechos Humanos. Serie de Normas y Acciones en un Estado de Derecho." Colección Derechos Humanos para Todos. Area de Comunicación y Prensa, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Constitución de la Ciudad Autónoma bs as 1/10/96.

OMS, 2006: Manual de Recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9243562827_spa.pdf

“Los servicios comunitarios de salud mental reducirán la exclusión social, afirma la OMS” Centro de prensa de OMS, 2007. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/es/index.html>
http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/plan_s_mental.php

Corpus de diarios

La Nación, 1/4: Proponen cerrar el Borda y el Moyano
http://www.lanacion.com.ar/informaciongeneral/nota.asp?nota_id=1000471

Clarín, 2/4: El gobierno de Macri presentó un plan de reformas que busca terminar con los internados crónicos
<http://www.clarin.com/diario/2008/04/02/laciudad/h-04601.htm>

Página 12, 1/4: Resistencias y prejuicios
<http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/sociedad/subnotas/3-32026-2008-04-01.html>

Página 12, 1/4: El hospital psiquiátrico debe eliminarse
<http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/sociedad/3-101631-2008-04-01.html>

Capítulo 4

EL INTERDISCURSO DEL PLAN, MODELO Y REFORMA

4.1. Escenografía de legitimación

Hemos visto que las referencias a “la Ley” tienen la función de reforzar la credibilidad del enunciador y de su perspectiva argumentativa en tanto el derecho opera como discurso autorizado. Otra remisión a un discurso autorizado proviene del lenguaje técnico que contribuye a la creación de escenografías para presentar el anuncio. Podemos distinguir aquí el modo en que son empleados estos discursos. Mientras que las remisiones a la ley, cuya autoridad deriva de que se le presupone identidad con la verdad, siempre refieren a un discurso que funciona como fuente, el discurso técnico de la planificación en salud no aparece como una referencia a otro discurso sino como el lenguaje desde el cual es presentada la propuesta gubernamental por parte de los medios que analizamos.

Como señalamos, el comienzo de una gestión que auguraba una “Nueva Buenos Aires”, situaba en la prensa al anuncio y al público lector de las notas del corpus

como votante reciente y objeto de propaganda electoral. Este contexto si bien imprime sus huellas en los enunciados, no aparece en primer plano. Al presentar el anuncio cada nota construye una escenografía (Maingueneau, 2009:79) que hace pasar a segundo plano la propaganda política para resituar al lector como partícipe de una propuesta de índole técnica en salud. La presencia de términos como plan, modelo, reforma, en relación con el sistema de atención de salud, consolidan una doxa particular vinculada con la planificación. Esta construcción escenográfica produce un efecto de cientificidad asociado a un dominio del saber que reafirma, por un lado, el criterio propio de la prensa que consiste en presentar el relato según el supuesto de que los “hechos” no están marcados ideológicamente, y por otro lado, opera una legitimación del evento comunicativo (Van Dijk, 2006)

La planificación es así un lugar desde donde se construyen escenografías técnicas y argumentos en torno a la salud mental que contribuyen a la legitimación de los argumentos y los medios que los construyen, y son sostenidos por el ideologema: *“una gestión de gobierno debe tener un plan de salud mental”*.

En este capítulo estableceremos la relación de cada uno de los términos técnicos empleados en las notas periodísticas con el interdiscurso de la planificación en salud, teniendo en cuenta las perspectivas teóricas e ideológicas de las que provienen. Contrastamos también el empleo de los términos de la planificación en las notas del corpus con las perspectivas a las que remiten.

El análisis comprende, en primer lugar, el estudio de distintas perspectivas sobre la planificación en salud. En segundo lugar, hacemos una revisión de los titulares y de los encabezados de los diarios al presentar el “Plan/Modelo”, contrastando el tratamiento de la planificación en cada una de las perspectivas periodísticas. El corpus de la prensa se compone de siete notas que se refieren a este tópico, en los materiales de la página del GCABA del 1/4, en *La Nación* de los días 1 y 2/4, en una nota de *Página 12* del 1/4, y en tres del mismo diario del 2/4. Por último, debido a que las perspectivas que presenta la prensa constituyen un recorte de lo

que se ha dicho sobre las implicancias del anuncio, hemos incorporado al análisis otros puntos de vista sobre la planificación. Estos puntos de vista fueron obtenidos a través de una búsqueda por internet de las voces de los pacientes, difundidas por la Radio "La colifata" y en un comunicado del "Frente de artistas del Borda"; son voces que no fueron consideradas en ninguno de los medios estudiados y que, de acuerdo con los abordajes actuales de la planificación en salud, deberían tenerse en cuenta.

4.2. El dominio técnico

4.2.1. Polifonía y hegemonía

Las crónicas del anuncio tienden a utilizar reiteradamente ciertas expresiones y palabras del dominio discursivo que corresponde a la planificación en salud. Hablamos de dominio para aludir, de acuerdo con la acepción que da a este término Van Dijk (2006) a una relación entre actividades e ideologías de los grupos y sectores de poder:

Puesto que los dominios pueden estar relacionados, por ejemplo, con actividades profesionales de grupo (como las de los periodistas en el dominio de los medios de comunicación) y las ideologías pueden estar asociadas con esos grupos, los dominios pueden funcionar al mismo tiempo como "dominios ideológicos", esto es, como aquellos sectores de la sociedad en los cuáles los grupos definen su identidad, ejercen sus actividades, realizan sus objetivos, interaccionan con grupos relevantes o ejercen su poder y donde protegen o controlan sus recursos. (*ibid*: 271)

Si como afirmamos, la terminología técnica tal como es utilizada en la prensa es efecto de una selección ideológica que permite presentar una ficción de homogeneidad unívoca de los conceptos, olvidando que "todo enunciado es un

eslabón en la cadena muy complejamente organizada, de otros enunciados.” (Bajtín, 2005:258) es preciso indagar en la heterogeneidad conceptual que proviene de las distintas concepciones de la planificación. Con ese objetivo señalaremos momentos relevantes de la formación de ese dominio de saber en el campo de la salud. La puesta en relación del discurso proveniente de la planificación en salud y el de los medios permitirá poner en evidencia la simplificación operada en la prensa.

4.2.2. Tipos de planificación

El término “plan” es utilizado en cuatro de los seis encabezados de la prensa revisada, que de esa forma interpreta, y responde dialógicamente, a la expresión de “modelo” que utiliza la página del gobierno al presentar el anuncio. Estos dos términos permiten situar la lectura del anuncio como siendo del dominio de la planificación en salud. No obstante, especialistas en el tema ponen en cuestión la pertinencia de hablar de un plan. Por ejemplo, el médico psiquiatra con una reconocida trayectoria en el campo de la salud mental, Emiliano Galende (2009) en un artículo referido al “plan” anunciado, le objeta precisamente su condición de “plan”:

Más que un Plan, son una serie de medidas. Cuando uno toma medidas que reforman un sistema, no significa que haya un plan, un plan es otra cosa. Requiere, primero un conocimiento básico, tecnológico de la situación, es un estudio muy complejo y por supuesto, las medidas que se plantean en un plan están articuladas de un modo coherente en función de lo que se quiere transformar, de los objetivos que se plantean. Esto no es un plan, es un conjunto de medidas destinadas a resolver problemas que tiene la administración, yo creo que no está pensado tanto desde los problemas de Salud Mental, sino de darle una solución a una serie de atrasos terribles que tiene la Ciudad como es la existencia de los cuatro hospitales psiquiátricos. Es casi la ausencia de una planificación de cuidados en Salud Mental a nivel del sistema de los centros comunitarios y hospitales generales [...]. (Galende, 2009)

La planificación en salud adquiere entidad en países de Latinoamérica durante los años sesenta, alrededor de dos procesos: la preponderancia de la economía en el resto de áreas del Estado, y la necesidad de los gobiernos de responder a la revolución en Cuba. La planificación, que los países socialistas utilizaron como parte de la transformación del Estado y la organización de la sociedad, sería adoptada por la Alianza para el Progreso, de la Organización de Estados Americanos (OEA) que reunía países de Latinoamérica vinculados a los lineamientos de Estados Unidos, para proyectos sociales, en los contextos políticos del capitalismo subdesarrollado. Debido a las características que adopta en ese momento será conceptualizada como "planificación normativa" según Testa (1993), y considerada por Rovirosa (1989) parte de un paradigma tecnocrático tradicional propio del modelo desarrollista¹. Lo central de este tipo de planificación puede resumirse como un procedimiento que se propone ajeno a las cuestiones de poder, conflicto e historia social:

[...] un procedimiento con tendencia a fijar normas de contenido racional y consistentes entre sí que se refieren a un momento futuro, [en el] que las metas cuantificadas y ubicadas temporal y espacialmente no son confrontadas con ninguna opinión (de peso) en su contra, [...] el plan en su conjunto no tiene oponentes y [...] el planificador es un técnico al servicio del político, que trabaja en una oficina de planificación que forma parte del gobierno, para la cual el objeto de la planificación es el sistema económico social. (Tauber, 2011:90)

En el mismo sentido que Tauber, Onocko (2007) asimila la planificación normativa con la llamada Teoría General de la Administración (TGA) por la racionalidad gerencial orientada al control del trabajo y a la eficiencia, y también por identificar a los seres humanos con, y como, recursos más que como sujetos. El uso de

¹ La Carta fundacional de Naciones Unidas, firmada en la Conferencia de San Francisco de 1945, se compromete en su Preámbulo, "a emplear un mecanismo internacional para promover el progreso económico y social de todas las naciones", y mantiene esa línea en sus Comisiones Regionales, muy en particular a través de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL– (Tauber, F., 2011: 86)

indicadores propios del examen de recursos y de productividad en materia de rentabilidad (costos, eficiencia, etc.) se relacionan también con esta perspectiva.

En contextos distintos han surgido corrientes de la planificación que se diferencian de la planificación normativa al poner su eje en otros aspectos como la gestión, la participación, la dimensión local, la comunidad, la comunicación, etc. (Tauber: 2011).

4.2.2.1. Variaciones del discurso de la planificación

La crítica a la *Planificación Normativa* dio lugar a modalidades diferenciadoras, entre ellas, la *Planificación Participativa*, que hace eje en la participación de los sujetos. A su vez, esta corriente participativa presenta diferencias internas. Señalemos, a modo de ejemplo, la distinción entre la *Participación ampliada* y la *Participación restrictiva o instrumental* que hacen De Azevedo y Pereira Prates (1995) tomando en cuenta el nivel de la influencia política micro o macro en la planificación, y la capacidad o poder de influencia que tenga el grupo que participa. Así, la *Participación restrictiva o instrumental* consiste, a su juicio, en:

la participación de la comunidad directamente beneficiada en un programa específico, o en un programa de ámbito local a través del suministro de mano de obra (voluntaria o subremunerada) y en definiciones de microprioridades y distribución de ciertos recursos y equipos de consumo colectivo, directamente relacionados con aquella iniciativa gubernamental (De Azevedo, Pereira Prates, 1995:111)

En cambio, la *Participación Ampliada o Neocorporativa* se refiere a cómo algunos grupos de interés son capaces de influir directa o indirectamente sobre las "macroprioridades, las directrices y la formulación y reestructuración o implementación de políticas públicas" (*Ibid*).

Además de las diferencias de perspectiva respecto de cómo se define la planificación, la noción misma de plan y de planificación, son controversiales. Así

por ejemplo, la planificación tomada como modelo por los países capitalistas ya era cuestionada como parte de un proceso de burocratización del estado soviético por Trotsky (1977) quien prefirió el método que llamó *Programa de Transición*, entendido como un método abierto, para lograr, colectivamente, las reivindicaciones sociales. Aunque esta línea no fue tomada por la crítica a la planificación normativa, la distancia con el concepto de plan fue puesta de manifiesto por Mario Testa (1997) que prefirió hablar de *Pensamiento Estratégico*, en lugar de planificación, a fin de poner de relieve la reflexión respecto del poder en dicho dominio.

Como veremos en la segunda parte del capítulo, las variaciones reseñadas no son tenidas en cuenta en el tratamiento que hace la prensa que, por el contrario, reduce la polifonía que hay en dichos conceptos².

En el marco del discurso de la planificación las notas apelan a otros términos que se articulan a ese dominio técnico tales como modelo y reforma.

4.2.3. Modelos en salud

Solemos utilizar la palabra "modelo" en sentido epistemológico, como paradigma, hablaríamos así de paradigma normativo, paradigma estratégico, etc. También en discurso político se habla de modelo para designar una perspectiva política, el modelo desarrollista en que surge la planificación normativa, el modelo neoliberal, etc.³. En el dominio de la salud, a fin de formular la crítica al sistema de salud, y al sistema de salud tradicional, Eduardo Menendez propone el concepto "Modelo médico hegemónico" (MMH) y lo describe así:

² Un efecto comparable con lo que Angenot (2010) entiende como efecto de interlegibilidad: "La interlegibilidad asegura una entropía hermenéutica que hace leer los textos de una época (y los de la memoria cultural) con cierta estrechez monosémica, que escotomiza la naturaleza heterológica de ciertos escritos, anula lo inesperado y reduce lo nuevo a lo previsible. (p.26)

³ Por ejemplo, el gobierno nacional actual (kirchnerista) utiliza la palabra "modelo" para nombrarse o caracterizar su gestión.

Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc., que determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona o a lo sumo en el ambiente "natural", donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como "pacientes". (Menendez, 1985: 57)

Las características atribuidas al MMH integran parte de las críticas a la estructura del sistema de salud, y de los argumentos que son, en distintos sentidos favorables a reformarlo o transformarlo.

El término "modelo" recibe otra connotación al ser asociado con los lineamientos de la Organización mundial de la salud (OMS) conocidos como el Modelo de Atención Primaria de la Salud (APS) que surge de la Conferencia realizada en 1978, en la Ciudad de Alma Ata (Ex URSS) por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La APS está contenida en una Declaración que plantea la meta de "Salud para todos en el año 2000"⁴ en el *Nuevo Orden Económico Mundial* (Arts. III y X). La Declaración la define así en su art. V

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la

⁴ Declaración de Alma Ata. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

El modelo de APS adquiere un desarrollo particular como Atención Primaria en Salud Mental, según Galende (1990), en tanto medio capaz de desplazar la institucionalización psiquiátrica por la implementación de programas de tipo comunitario. El modelo de APS influye también en la creación de los Centros de salud y acción comunitaria (CESAC) en el ámbito de la Ciudad a instancias de la Ley Básica de Salud de 1999, que sustituyeron al mismo tiempo, parte de los anteriores Centros de Salud Mental. En este discurso orientado por la perspectiva ideológica de la OMS, confluyen asimismo, enunciados relativos a descentralizar el hospital hacia la comunidad, y a la reducción de los costos en salud.

Algunos planteos que se definen como alternativos o nuevos, por ejemplo “nuevo modelo de atención de la salud mental” tal como titulan algunos medios a lo anunciado por parte del jefe de gobierno porteño, se corresponden con el discurso que hace de APS, el “modelo” ideal.

4.2.4. Reformas e instituciones

Otro término clave empleado en las notas del corpus es el de “Reforma”. Este término integra sintagmas que aluden a dos acontecimientos diferentes: la Reforma Psiquiátrica y la Reforma Sanitaria. El primero, la Reforma Psiquiátrica es un concepto genérico para designar acciones, procesos, corrientes, dispositivos y técnicas que apuntan a un cambio de la institución psiquiátrica, sus fundamentos y el lugar social destinado a la locura. En el uso de esta expresión confluyen tanto movimientos de Antipsiquiatría, como propuestas de comunidades terapéuticas, u otras alternativas a la institucionalización que abogaban por la libertad de los sujetos (respecto de las instituciones “totales” como el manicomio, los institutos o la cárcel, o respecto de la institucionalización en general, por su función reproductora de las relaciones de poder, la desigualdad y por lo tanto de la enfermedad). Algunas de estas corrientes abrieron el horizonte pero o se diluyeron

o no alcanzaron para remover el paradigma clásico (Tosquelles: 1975; Giovanella, Amarante: 1998) así como también en algunos casos combinaron en distinto grado, la desarticulación del hospital psiquiátrico y la creación de un sistema diferente. Se reconocen como ejemplos de esto último, a las reformas ocurridas en ciudades de Italia en las décadas del 70 y 80, denominada Reforma Psiquiátrica italiana, más tarde la Reforma Psiquiátrica de Brasil, o la Reforma Psiquiátrica de Río Negro en Argentina. Entre los lineamientos de esta última "se plantean:

Primero: una dimensión ética, modificando con urgencia el modelo asistencial y contemplando la conveniencia de los métodos terapéuticos con la ciudadanía y libertad de los usuarios.

Segundo: la inversión del modelo hospitalocéntrico.

Tercero: la implementación de red de recursos, incluyendo urgencias, camas psiquiátricas, hospitales de día, pisos protegidos, ambulatorios, regionalizados y otras estrategias.

Cuarto: la reglamentación de la internación involuntaria, por un órgano de revisión.

Quinto: normas de articulación con la comunidad, con programas sociales, cooperativas, iniciativas de arte y ocio, asociaciones de usuarios." (Araujo, Schejter, Warschauski, Zaldúa: 1997)

El discurso de la Reforma Psiquiátrica evoca una deconstrucción que incluye al manicomio, a la psiquiatría, a la función de lo jurídico, y a las nociones de salud enfermedad mental⁵. Estos discursos reformistas como los directamente antiinstitucionalistas, que cuestionaban el papel iatrogénico de las instituciones, y

⁵ "Deconstruindo o paradigma clássico, isto é, colocando a doença mental entre parênteses e desinstitucionalizando o conjunto de aparatos contruídos em torno do objeto doença, podemos substituir o processo de cura pelos de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos. Assim é que a atividade terapêutica passa a dar-se com a utilização dos recursos como elementos capazes de estimular e recolocar em movimento trocas sociais, de recolher e valorizar, através de seu deslocamento e, paradoxalmente, de sua desinstitucionalização, os sintomas, os símbolos e os múltiplos sentidos do paciente." (Giovanella, Amarante: 1998: 144)

sus disciplinas psiquiátricas y médicas, en base a principios libertarios y por la autonomía, fueron reacentuados en otros contextos. Así lo reseña, a propósito de las ideas de Ivan Illich, un crítico a la medicina institucionalizada, Passos Nogueira (2008):

En cierto modo, las ideas autonomistas de la primera crítica, fueron 'capturadas' justamente por quienes habían sido más severamente criticados por Illich: los profesionales de la salud, el Estado y las agencias internacionales. Distorsionada, disfrazada o camuflada, la acción autónoma en salud pasó, en los años ochenta y noventa del siglo XX, a formar parte de las preocupaciones de los programas oficiales que junto con la desprofesionalización y la desinstitucionalización del cuidado hacían un amplio apelo a la ayuda mutua y a la solidaridad de la población, para que esta pudiera en la medida de lo posible, resolver sus propios problemas de salud (Passos Nogueira, 2008:28)

La observación citada anticipa el sentido que tomará la otra acepción del término Reforma, que es la de *Reforma Sanitaria*.

Este segundo discurso reformista surge aproximadamente a fines de la década de los '80; se asimila con las Políticas de Reformas que emanan del llamado Consenso de Washington y como tal se inserta en los procesos políticos y económicos mundiales. La expresión "Reforma Sanitaria" es, en este contexto, la ruptura de las barreras de regulación de la producción y distribución, y el avance de la lógica del capital y del mercado mundial (Casas, 2011)⁶, y la llamada crisis del *Estado de Providencia* o modelo Keynesiano. Esta Reforma apunta a achicar y flexibilizar el Estado, y los Estados, principalmente en las funciones proveedoras, con el argumento de responder a la emergencia de una situación de crisis financiera, de crisis de las dictaduras, y gobiernos autoritarios, con sus políticas de endeudamiento externo. La reforma es coincidente con la caída de los estados

⁶ Nos referimos sólo a la Reforma (de primera y segunda generación) de corte neoliberal pero cabe mencionar que los alcances de la crisis comprenden otros planos: el ecológico-ambiental y civilizatoria, como señala el autor.

socialistas que, recordemos, en términos históricos habían sido incentivo para la adopción capitalista del método de planificación. Según Rosanvallón (1995) la “filosofía” de la Reforma ponía en tela de juicio concretamente los derechos sociales, de modo que el control de los gastos en salud y las prestaciones sociales se convirtieron en preocupaciones principales. El discurso de Reforma de las décadas anteriores fue desplazado por la hegemonía del paradigma neoliberal Fleury (2002), con las características siguientes también descritas en otro trabajo por la autora:

Por ejemplo, los sistemas de servicios sociales –educación, salud, seguridad social– deben ser reformados a partir de la diferenciación de las funciones de los que financian, contratan, proveen servicios, controlan, etc. Cada agencia debe encargarse de funciones distintas ejerciendo, en relación con las demás, el papel de principal o de agente, pero nunca los dos juntos. La identificación de la lógica del interés público con la lógica contractual privada tiene como consecuencia la transformación del Estado en un conjunto de agencias que se relacionan a través de contratos con otras agencias, públicas o privadas. (Fleury, 1999: 74)

Y, agrega, se acompaña con efectos de pérdida del *ethos* de servicio público. El enfoque gerencial reorienta el modelo de APS hacia la evaluación de eficiencia; coloca la atención pública bajo los parámetros de mercado, y en conjunto, modifica las bases materiales e ideológicas del sistema sanitario (Almeida, 2001).

Analizaremos ahora los términos reseñados tal como son empleados en las notas periodísticas del corpus. Consideramos por un lado, su función en la construcción de escenografías técnicas y por otro lado, la selección ideológica operada en relación con las perspectivas periodísticas.

4.3. Plan/Modelo en la prensa

4.3.1. Titulares: el pre-dominio económico y la estructuración espacial

El tópicos de la planificación orienta la lectura y el movimiento argumentativo de las crónicas y notas periodísticas como si el contenido del anuncio que tratan formara parte de un dominio técnico. De este modo la prensa sustituye el discurso político del que está próximo por el de la técnica y el de la planificación. El efecto de esta sustitución, como hemos señalado, le permite situar el asunto y las posiciones argumentativas en un supuesto de neutralidad política y homogeneidad conceptual según dos concepciones.

A través del análisis de los enunciados que titulan las notas periodísticas podemos advertir en el empleo de los términos técnicos un predominio de las dimensiones económicas ligadas a una perspectiva hegemónica de la planificación congruente con esa perspectiva. Por otro lado, la alternativa, también hegemónica, que sostiene principalmente el diario *Página 12*, responde a los parámetros diseñados por los organismos internacionales representados por las recomendaciones y normativas de OMS-OPS.

4.3.1.1. Modelo

El titular de la página oficial del GCBA se compone de dos partes. El primer enunciado remite al campo económico, el segundo alude al modelo, como se observa en el siguiente cuadro (1)

1	Se invertirán 160 millones de pesos Presentación de un nuevo modelo de atención de la salud mental	Pg. GCBA 1/4/08
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

El sobretitular puede situarse como intersección entre una noticia periodística y una propaganda publicitaria. Al centrarse en la inversión económica, introduce el asunto de la presentación de un modelo de salud mental, según la perspectiva de planificación que Onocko (2007) asocia con la teoría general de la administración (TGA) y con las reformas sanitarias neoliberales. El término 'invertir' por el que opta el enunciador, tratándose de servicios públicos no es más adecuada que

otras como por ejemplo, destinar. Evoca incluso un conocido documento del Banco Mundial de 1993 que se titulaba precisamente, "Invertir en salud".

En el título puede observarse una atenuación de la ideología que se ha introducido antes. La nominalización "presentación" permite asociar lo nuevo (del nuevo gobierno) con el modelo y a este con la planificación en salud mental.

El empleo del término "modelo" es retomado en el encabezamiento del diario *Página 12* del día 2/4, no sólo para presentar la propuesta gubernamental sino, y principalmente, para refutarla al contraponerla con otro "modelo", el de la OMS, según lo muestra el cuadro 2:

2	El modelo de salud mental anunciado hoy por Mauricio Macri contradice las recomendaciones de la OMS La ciudad tendrá manicomios último modelo	P.12 2/4/08
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

La perspectiva del diario *Página 12* se distancia del anuncio del jefe de gobierno y lo hace por medio de un alineamiento con las recomendaciones de la OMS a las que presenta como en contra-dicción con dicho anuncio. El primer enunciado, en la volanta, introduce esta contradicción al mismo tiempo que afirma a la planificación como marco argumentativo. Luego el título representa el asunto bajo la forma paródica: "manicomios último modelo". El primer enunciado la palabra "modelo" apunta a sustentar una contraposición de poderes, entre lo anunciado y lo recomendado; mientras que en el segundo enunciado, el título, la expresión "último modelo" no apunta tanto a la calificación del objeto "manicomios" como a parodiar la perspectiva del jefe de gobierno de la ciudad acerca de estos. De esta forma los manicomios serían considerados por aquel, objetos de consumo (como podría ser un auto, un electrodoméstico, etc.) "para la ciudad" y el anuncio no sería más que la publicidad de un objeto de consumo.

Estos dos encabezados, el de la página del gobierno de la ciudad y el de *Página 12* muestran los dos enfoques que dominan en la prensa respecto del modelo de salud: una concepción de modelo que se presenta como nuevo respecto de lo anterior (generalmente entendido como el *Modelo Médico Hegemónico*) pero que

al mismo tiempo se afirma en parámetros gerenciales y el predominio de la dimensión económica acordes con un modelo político neoliberal. La segunda perspectiva que se presenta como crítica a la primera, se alinea con los criterios estándares de la OMS-OPS asociados al modelo de Atención Primaria en Salud, también entendido como alternativa al MMH.

Encontramos en estos dos enfoques que la prensa adopta una simplificación binaria de las perspectivas sobre el modelo de salud.

4.3.1.2. Plan

Otra nota del diario *Página 12*, publicada el 1/4 en la que refiere el anuncio que se ha de presentar, emplea no sólo el término “plan” sino que especifica que dicho plan corresponde al campo de salud mental. Lo vemos en el cuadro 3:

3	Macri presenta hoy su propuesta PLAN DE SALUD MENTAL	P.12 1/4/08
---	---------------------------------------------------------	----------------

En la volanta el diario destaca el posesivo “su” que al indicar la condición de propiedad personal de lo que llama “propuesta” le permite establecer una distancia. En cambio no se distancia sino que asume la índole técnica para formular el título de la nota según el tópico de la planificación en salud mental.

También el diario *La Nación* del 1/4 además de especificar que se trata de un plan de salud mental, lo califica de “nuevo”. Así lo vemos en el siguiente cuadro (4):

4	Proponen cerrar el Borda y el Moyano Es en el marco del nuevo Plan de Salud Mental de la ciudad anunciado hoy por Macri; se calcula que el proceso culminará dentro de dos años.	LN 1/4/08
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

El título de esta crónica del diario *La Nación* enfatiza la intención (proponen) de cerrar ambos establecimientos. El copete amplía el enunciado del título presentando el anuncio en el marco del “nuevo Plan de Salud Mental” y afirma de esta forma a la planificación como el marco argumentativo. De ahí también el empleo de términos como proceso asociado al cálculo de tiempo.

El mismo diario titula de modo similar la nota del día siguiente. El asunto en el título es en ambos días la acción de cerrar, esta vez como promesa en vez de propuesta. Así lo podemos observar en el cuadro 5:

5 El gobierno porteño anunció un nuevo plan de salud mental Macri prometió cerrar en dos años los hospitales Borda y Moyano Planteó un sistema que promueve la "externación" de los pacientes; polémica	LN 2/4/08
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

Este encabezado anticipa en la volanta que tratará el anuncio como un asunto de planificación en salud mental y el medio asume el acuerdo sin cuestionar nunca directamente el ideograma según el cual una buena gestión debe tener un plan. Esto continúa en el copete al ampliar el tema con otros los términos técnicos articulados, como "sistema" y "externación". Los desacuerdos son presentados como una "polémica" que en el cuerpo de la nota estará vinculada más con el espacio que con el carácter científico del plan. La recurrencia de las marcas de espacialidad (los hospitales se "cierran", los pacientes se "externalizan") que se destaca en el conjunto de estos enunciados construye una significación del tema tendiente a orientar la interpretación de los hospitales desde la metáfora conceptual⁷ (Lackoff, Johnson, 1991) que los asocia con recipientes y resulta congruente con las acciones de planificación anunciadas.

4.3.1.3. Reformas

El diario *Clarín* se diferencia de los encabezados anteriores al optar por la formulación "plan de reformas" más acorde como hemos expuesto en el capítulo 1, con su perspectiva. Veamos esta formulación en el cuadro 6:

⁷ Para Lackoff y Johnson las *metáforas conceptuales* permiten estructurar el asunto de un ámbito en términos de conceptos otro ámbito. Distinguen entre ellas, las relacionadas con la experiencia directa y las que conforman estructuras conceptuales más complejas. En un plano, la conformación conceptual se halla ligada a correlatos sistemáticos de nuestra experiencia que llaman *metáforas ontológicas*; ellas son las que permiten dar entidad, sustancia, categorizar y razonar sobre los conceptos. Relacionada con la metáfora ontológica, la *metáfora orientacional* se ocupa de la espacialidad, y desde allí "[...] organiza un sistema global de conceptos en relación a otro" (Lackoff y Johnson, 1991: 50).

6	EL GOBIERNO DE MACRI PRESENTÓ UN PLAN DE REFORMAS QUE BUSCA TERMINAR CON LOS INTERNADOS CRÓNICOS Salud mental: quieren cerrar en dos años el Borda y el Moyano Los hospitales psiquiátricos están colapsados y con obras sin terminar	CI 2/4/08
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

El título de la nota se diferencia también de otros encabezados al situar como finalidad del plan de reformas el objetivo (la búsqueda) de terminar con los internados crónicos. El enunciado siguiente abre con el sintagma salud mental para referirse luego a los hospitales psiquiátricos en su condición de ser edificios: estar colapsados y tener obras si terminar. El título destaca por repetición en los dos enunciados el verbo “terminar”, primero como voluntad del gobierno, y luego como déficit en las obras edilicias; la palabra terminar permite poner en relación de equivalencia a los internados crónicos con las obras de refacción, y a estas con el “plan de reformas”. El diario estructura una significación espacial con base en los edificios que al caracterizarlos como “colapsados” pone en escena la lógica característica de la reforma sanitaria neoliberal. Como hemos señalado, en esta lógica una situación de crisis (como el colapso de los edificios) lleva a cuestionar la función proveedora y la atención pública convalidando el achicamiento del Estado desde un sentido económico de eficiencia.

En resumen, los diarios revisados emplean los términos de la planificación para presentar las notas. En los títulos pueden observarse por un lado, diferentes modos de orientar los conceptos pero siempre según el criterio económico. Por otro lado, vemos que tomando como objeto a los hospitales psiquiátricos, los enunciados componen una significación espacial que los asimila más a la figura de recipientes que a la condición de instituciones.

La significación de las instituciones como recipientes alude a la vez que opaca los rasgos mortificantes que la caracterizan. Un integrante del FAB (Frente de artistas

del Borda) decía: "El hospital es como una boca grande que te traga"⁸. Para Foucault (2003) la particular arquitectura de vigilancia jerarquizada de las instituciones orienta el poder y a las disciplinas del conocimiento desde el interior del espacio físico hacia el control, cumpliendo una función correctiva normalizadora que incluye el castigo y el encierro. Dicha función se realiza en un espacio pero no se limita a este. De ahí que el plan de reformas puede ser leído no sólo como una reforma sanitaria sino como una nueva versión de la función psiquiátrica.

Por otra parte, recontextualizado el edificio que tal como lo denuncian y destacan algunas voces en las crónicas se encuentra en estado de deterioro grave y sin provisión de insumos básicos, como el gas, se confunde con la vivienda que falta en una ciudad con serios déficits habitacionales⁹ entre otros. El enunciado de "Plan de Reformas" le permite a la prensa reducir la respuesta a un conjunto de problemas (las necesidades habitacionales mencionadas, las limitaciones del espacio físico para la atención y los rasgos de estructura de vigilancia, de control y de segregación propias del dispositivo psiquiátrico) a una reforma edilicia, del espacio físico, con base en criterios económicos y los supuestos neoliberales de la reforma sanitaria.

⁸ Luis Parente, citado en "Una experiencia desmanicomializadora" Alberto Sava y otros, *Página 12*, jueves 19 de febrero de 2009. Psicología. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-120171-2009-02-19.html>

⁹ El déficit de vivienda al año 2008, q afecta además situaciones de desalojo inminente y distintos tipos de inseguridad jurídica y social comprende según el informe publicado por la Facultad de Derecho de la UBA: a) Villas de emergencia: allí vivían el 4,1% de la población de la ciudad, el 2,3% de los hogares y el 2,2% de las viviendas porteñas, 124.057 personas según la Encuesta Anual de Hogares 2006, o 182.000 personas según Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) y Centro de Derecho a la Vivienda y contra Desalojos (COHRE). b) Núcleos habitacionales transitorios (NHT): serían "villas creadas por el Estado" en las que vivían 4.684 personas en 2007. c) Asentamientos precarios informales: 24 asentamientos según la Defensoría del Pueblo de la Ciudad en 2006, y 62 según la Sindicatura de la ciudad en 2007 que abarcaba a 12.102 personas, el 0,4% de la población total de la ciudad. d) Inquilinatos, hoteles, pensiones y casas tomadas: en 2006 por el 5,9% de la población de la CABA, aproximadamente 178.520 habitantes. e) Conjuntos urbanos construidos sin las condiciones necesarias para vivir que comprenden 18 barrios, 1.137.037 m² de superficie construida, 19.314 unidades funcionales y 94.574 habitantes, el 3,1% de los de la CABA. Informe del CELS realizado por Arcidiácono, Kalpschtrej, Kletzel, Royo, 2009)

Analizaremos ahora el detalle de las propuestas denominadas plan, modelo, plan de reformas tal como las refieren los diarios del corpus, contrastando las características de lo planteado por el gobierno de la ciudad y las recomendaciones de la OMS/OPS que refiere el diario *Página 12* en las notas en las que contraponen ambos "modelos".

4.3.2. Las diferencias en juego

La estructuración del contenido del anuncio gubernamental en las crónicas y notas que analizamos genera discursivamente la ilusión de un debate sobre planes de salud cuando, como se ha señalado, en términos técnicos se refieren sólo algunas medidas que se sostienen en el tópico de la planificación y el saber técnico.

Hemos relevado las distintas menciones a las medidas que figuran en el cuerpo de las notas y resumimos en el siguiente cuadro (1). Por un lado lo que los diarios refieren como plan, modelo, propuesta, del gobierno de la ciudad consignando variaciones de datos que pueden ser relevantes (columna 0) y comparamos, a fin de revisar puntos de acuerdo y diferencias, con las recomendaciones de la OPS/OMS que refiere el diario *Página 12* (columna 1) en dos notas del 1/4.

CUADRO 1

0) Plan/modelo gob. cdad.	1) Recomendaciones de OPS-OMS
<p>a) 1 Centro de Evaluación y Derivación (CED) de pacientes con camas y por un plazo de no más de 72hs</p> <p>(1/4, Pg. GCABA "Presentación de un nuevo modelo..."; 1/4, LN "Proponen cerrar el Borda y el Moyano"; P.12, 2/4 "Plan de salud mental", 2/4: "La ciudad tendrá manicomios último modelo")</p> <p>b) Entre 8 y 10 Centros de Internación de 48 camas y monitoreo por circuito cerrado</p>	<p>a) Red que incluye al hospital general y el centro de atención primaria</p> <p>b) Hospitales generales con camas en servicios de salud mental</p>

<p>(1/4, Pg. GCABA "Presentación de un nuevo modelo..."; 1/4, LN "Proponen cerrar el Borda y el Moyano"; Cl. 2/4, "Salud mental: quieren cerrar..."; P.12, 2/4: "La ciudad tendrá manicomios último modelo")</p> <p>c) 12 Hospitales de Día</p> <p>(1/4, Pg. GCABA "Presentación de un nuevo modelo..."; 1/4, LN "Proponen cerrar el Borda y el Moyano"; P.12, 2/4: "La ciudad tendrá manicomios último modelo"; 2/4 "Plan de salud mental")</p> <p>-10 Hospitales de Día (Cl. 2/4, "Salud mental: quieren cerrar...")</p> <p>d) 24 Casas de Medio Camino para 18 Residentes cada una</p> <p>(1/4, Pg. GCABA "Presentación de un nuevo modelo..."; LN "Proponen cerrar el Borda y el Moyano")</p> <p>e) Familias Sustitutas que recibirían subsidios</p> <p>(1/4, Pg. GCABA "Presentación de un nuevo modelo..."; LN "Proponen cerrar el Borda y el Moyano"; Cl. 2/4, "Salud mental: quieren cerrar...")</p> <p>(d) y e) son mencionadas con variaciones: - Casas de medio camino y familias sustitutas sin precisar número (P.12, 2/4: "La ciudad tendrá manicomios último modelo") - Casas de medio camino y familias sustitutas para 500 personas: (LN 2/4: "Macri prometió cerrar en dos años los hospitales...")</p>	<p>c) Salas barriales de atención primaria.</p> <p>d-e) Servicios comunitarios: hogares sustitutos y casas de medio camino.</p> <p>f) los hospitales psiquiátricos no deben ser suprimidos mientras no se cuente con esas modalidades;</p> <p>g) Derecho de los usuarios a estar presentes en el momento de negociar políticas y planes de salud mental.</p> <p>(P12, 1/4: "El hospital psiquiátrico debe eliminarse"; "Resistencias y prejuicios")</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Un primer acuerdo es que en ambos casos se plantea descentralizar la atención. En el plan/modelo del gobierno de la ciudad (columna 0 del cuadro 1) esa descentralización adopta las medidas formuladas en los puntos b) centros de internación, c) hospitales de días, d) casas de medio camino, y e) familias sustitutas, a partir del centro de derivación (punto a) del cuadro. En la columna 1 del cuadro 1, con las recomendaciones de OMS-OPS la descentralización consiste en derivar al hospital general (b), salas barriales de APS (c), y centros

comunitarios (d) que contiene las dos modalidades previstas también en los puntos d y e de la columna 0: casas de medio camino y hogares sustitutos.

La diferencia que puede establecerse es de orden metodológico, en el ítem g) de las recomendaciones está prevista la presencia de usuarios en las negociaciones, mientras que este aspecto no fue contemplado en el esquema del gobierno de la ciudad. Otra diferencia proviene de la modalidad de aplicación que, en un caso plantea un "plazo de dos años" (0.a) mientras que en las recomendaciones de OPS-OMS la supresión de los hospitales psiquiátricos está condicionada a la presencia de las modalidades sustitutivas (1.f).

El diario *Página 12* del 1/4 anticipa los rasgos de la propuesta del gobierno de la ciudad en la nota "Plan de salud mental" y por otro lado, en la nota "El hospital psiquiátrico debe eliminarse" a través de la entrevista al experto de OPS, Javier Vásquez, delinea las recomendaciones de la OMS-OPS.

Estas diferencias no obstante, tienen en común la identificación directa e indirecta con el modelo de APS (Atención Primaria en Salud) que si bien en un caso tiende a presentarse con predominio de tecnologías de control (GCABA) y en otro caso con predominio de enfoque comunitario (OMS-OPS) son formuladas por la prensa desde discursos de autoridad que no consideran las determinaciones sociohistóricas de la salud –enfermedad – atención, y según criterios normativos más que como producto de conflictos y pugnas políticas, entre intereses materiales, sociales e ideológicos. Mucho menos poniendo en primer plano a los sujetos concernidos por estas propuestas.

Como hemos visto, las objeciones a la propuesta del gobierno de la ciudad en el diario *Página 12* tienden a formularse a la manera de contraposición de dos modelos. Esto se puede leer también en otras notas del mismo diario como la del día siguiente, firmada por Pedro Lipcovich, que citando la opinión de un profesional representante del Consejo General de Salud Mental señala:

“El gobierno porteño pretende generar nuevos ‘micromanicomios’”, sostuvo un representante del Consejo General de Salud Mental –creado por la Ley 448 de Salud Mental porteña y que no habría sido consultado para la elaboración del nuevo proyecto–. En esta óptica, el gobierno “incumple la Ley de Salud Mental y la Constitución de la ciudad”. El representante del Consejo afirmó que el plan fue elaborado “de acuerdo con el establishment médico”, al que acusó de “impedir la incorporación de servicios de salud mental en los hospitales generales”, como lo requiere la OMS y lo plantea la Ley de Salud Mental. (P12, 2/4-3 “Incumple la Ley de Salud Mental”)

En este fragmento la contraposición entre la propuesta a la que se ha dado el estatuto de plan del gobierno de la ciudad con las recomendaciones de OMS-OPS basa la crítica en que dicho “plan” “incumple la ley”.

Los diarios *Clarín* y *La Nación* incorporan también en algunas de sus notas voces que, asumiendo el supuesto de que la propuesta es un plan (o un modelo), realizan objeciones sin constituir un conjunto alternativo como el de las recomendaciones de OMS-OPS que hemos visto. Sintetizamos esas objeciones en el siguiente cuadro (2):

CUADRO 2

1) No es lo debido	2) No es realista sino utópico	3) No es para la salud
<p>“no pasa por anunciar planes; si se cumpliera con la ley de Salud mental alcanzaría. Las obras en los hospitales están atrasadísimas y falta personal” (Cl. 2/4/08, citando a Gustavo Moreno, asesor tutelar en lo Contencioso Administrativo)</p>	<p>“No le creo a Macri. Me parece que es un plan muy utópico. Poner de ejemplo a países con otra economía, altamente industrializados... La Argentina está lejos de copiar esos modelos”, dijo y agregó: “Es una vergüenza cómo viven los pacientes en los hospitales, pero es un riesgo demasiado alto desactivar lugares con la idea utópica de que van a funcionar mejor. Lo que faltan son recursos.” (LN 2/4/08, citando a Isabel Carrara, coordinadora en institución Centro Dos)</p>	<p>“Vienen por las tierras de nuestros hospitales. No nos invitaron a participar de este plan, pero sí se fijaron en el gran negocio inmobiliario, en las grandes playas de estacionamiento, edificios y shoppings que pueden construir en esos terrenos”, denunció el delegado de ATE en el hospital Moyano, Mario Muñoz [...] “Si quieren mejorar la salud de los pacientes [...]” (LN 2/4/08)</p>

La objeción que se puede leer en el fragmento del diario *Clarín* del 2/4/08 se basa en la autoridad de la ley de salud mental respecto de la cual hay un incumplimiento. Tópico similar al que vimos anteriormente en la nota de *Página 12* "Incumple la Ley de Salud Mental". La perspectiva de *Clarín* no obstante, es que anunciar un plan no es lo debido sino que se debería hacer otras cosas como refaccionar los hospitales. De ahí que destaca el atraso de las obras en curso (cuadro 2, 1).

Otra objeción, representada por el diario *La Nación* del 2/4 en la voz de una profesional, consiste en cuestionar la adecuación a la realidad de lo que considera un plan muy utópico (cuadro 2, 2).

La tercera objeción presentada en la misma nota del diario *La Nación* del 2/4, niega que la finalidad del plan sea la mejora de la salud mental sino el interés por terrenos con miras a negocios inmobiliarios (cuadro 2,3). Hallamos en esa voz citada una segunda objeción que se relaciona con el tópico de la participación en la formulación del plan. Este cuestionamiento aparecía también en la nota de *Página 12* del 2/4 mencionada anteriormente ("Incumple la Ley") Podríamos considerar entonces que hay ahí un cuarto tipo de objeción que cuestiona la metodología por no dar participación a ciertos actores.

En todos los casos, sea un cuestionamiento global por contraposición con las recomendaciones de la OMS-OPS, o parciales por no cumplir con algunos requisitos (legales, contextuales, finalísticos o metodológicos) el punto de partida es el acuerdo con el supuesto de que se debate un plan que tiene bases técnicas de la planificación en salud.

Por otra parte, los cuestionamientos que la prensa ha tomado en esos primeros días en que se realizó el anuncio gubernamental, comprenden una selección de opiniones que provienen de voces que dichos medios consideran autorizadas. Nos aproximaremos ahora a otras voces que fueron desestimadas en los recortes periodísticos.

4.4. Fuera de escena

En este capítulo hemos abordado el tratamiento que hizo la prensa del objeto del anuncio al identificarlo como plan o modelo y enmarcarlo de ese modo en un dominio discursivo de tipo técnico relativo a la planificación en salud. Situamos a partir de los términos utilizados en las notas, las perspectivas de la planificación entendida como un saber heterogéneo teórica e ideológicamente, para distinguir el acento ideológico que predomina en el empleo de esos conceptos al entrar en relación con las posiciones que adoptan los medios respecto de la propuesta oficial.

Por otra parte, el si bien la propuesta difundida no constituye más que el enunciado de algunas medidas, la prensa la ha presentado como un plan y como un modelo. Generando la ilusión de un debate puso en relación las objeciones realizadas por actores que forman parte de la estructura de decisores en el sector de la salud. En esa selección de la prensa podemos reconocer, de acuerdo con Vasilachis (2004):

[...] la marcada tendencia de los medios de prensa a reproducir, en lo principal, la retórica de los que están mejor ubicados en esa estructura de dominación [...]. Esa reiteración, además de consolidar las relaciones de poder, limita fuertemente el espacio de la crítica y la posibilidad de la inclusión y difusión en el mundo de la vida de modelos interpretativos alternativos. (Vasilachis, 2004:112)

La línea divisoria entre lo que se puede leer o no en la prensa, puede no ser tan nítida, y por momentos tienen lugar voces contrahegemónicas, pero es posible que sobrevenga la exclusión cuando algo allí se aproxime a "... cuestionar las certezas inscritas en la representación de la sociedad, el orden dado por legítimo de sus relaciones y las formas de jerarquización y distribución." (Vasilachis, *ibid*). Reconocemos que hay voces indicativas de prácticas disidentes con el dispositivo manicomial que no figuran en el centro de la escena periodística y consideramos que dicho desplazamiento no es casual, porque la concepción de planificación que se debate, más allá de las diferencias entre los medios, no es del tipo de la

“planificación participativa”. Esta opción condiciona la selección de voces que se incluyen y excluyen. Señalamos algunas de las que se caracterizan por desarrollar una práctica participativa:

Proyectos como el Frente de Artistas del Borda, Cooperanza, La Colifata, o espacios tales como Hospital de día, hospital de noche, casa de medio camino, programa de emprendimientos sociales en salud mental [...] y varios servicios de asistencia son sólo algunos de los ejemplos de que otro modelo de atención e incluso promoción de la salud es posible. (Olivera, 2008)

Estas experiencias previas, e incluso propiciatorias de las nuevas leyes de salud mental, están ancladas en estrategias no médicas, de arte y comunicación entre otras. Si bien tienen coordinaciones, son realizadas con, y por pacientes. En una perspectiva dialógica, recuperar esas voces desplazadas o perspectivas percibidas con mayor fuerza cuestionadora es tanto una tarea epistemológica como ética (Zavala, 1997).

Hemos hallado las opiniones que difundieron dos de los “proyectos” alternativos mencionados: radio La colifata, y Frente de artistas del Borda. Estos puntos de vista circularon por internet y otros medios gráficos en fechas próximas al anuncio del gobierno de la Ciudad. Se trata por lo tanto de distintos tipos de texto que provienen de diferentes situaciones comunicativas. Ellos son, la transcripción a texto de un diálogo radial de la Radio *La colifata* (En los fragmentos RLC) y una declaración del Frente de artistas del Borda (FAB)¹⁰ difundida por correo electrónico.

Analizamos las opiniones que aportan estos discursos al tratamiento del anuncio de un plan/modelo en la prensa. Incluimos al comienzo un breve comentario sobre cómo definen su práctica cada uno de los colectivos que citamos.

¹⁰ Proyectos iniciados en el año 1984 (FAB) y en el año 1991 (Radio La colifata). Ver más detalles en www.frentedeartistas.com.ar y en www.lacolifata.org

4.4.1. Radio “La colifata”

La colifata es una radio de los/as internos/as (y ex – internados, abierta a la comunidad) de los hospitales Borda y Moyano¹¹. Según la entiende Alfredo Olivera, su fundador y director hasta el año 2010:

La Colifata es un proyecto de Salud Mental Clínica y Comunitaria que se construye mediante la utilización de los medios de comunicación (radio, tv, web, etc) para obtener impacto en 2 campos donde reconoce problemas. Estos son: El problema de las Psicosis como formación clínica y el problema de la estigmatización de la locura presente en las representaciones y conductas sociales. (Olivera, 2005)

La radio transmite desde el Hospital Borda todos los sábados con participación abierta al público que asiste a la grabación. La semana del anuncio del gobierno de la ciudad dedicó un programa a debatir el tema con el nombre “Estallidos de un anuncio” (En anexo)¹². Una particularidad de este intercambio dialógico es que no se centra en el plan sino en el acontecimiento del “cierre”, o “eliminación” y sus consecuencias, se desmarca por lo tanto de la que hizo la prensa del corpus. Observemos en este primer párrafo que el eje está organizado alrededor de la posibilidad de cierre del hospital:

1) [...] si se me cierran el hospital que me puedan pagar la pensión, no tanto por trabajar comunitariamente por todos los internos, pido nada más como dijo la abuela, una familia q pueda construirme nuevamente a ver si me puedo superar en esa nueva casa si puedo reconstruir laboralmente mi mano para fortalecer mi vida y seguir trabajando adelante para poder pagar una moto y salir a trabajar (RLC)

¹¹ Aunque tiene sede en el Hospital Borda no tiene inscripción en el organigrama ni formal ni económica, pero es un emprendimiento con reconocimiento y redes a nivel internacional. Forman parte del funcionamiento del proyecto profesionales y estudiantes. La colifata ha realizado también programas televisivos, videos y películas.

¹² La transcripción del debate a texto no se detiene en las marcas de la oralidad.

En este enunciado aparece la referencia a la ley 448, a la que también remitía la prensa del corpus, y a otros términos que se relacionan con el tópico de la planificación: el destino del espacio territorial, los recursos, etc., pero se articulan de otro modo pues se relacionan con las condiciones de vida. La referencia a construcción ("construirme nuevamente") y el cierre del hospital no se asocian con la estructura de un edificio sino con las opciones deseables en función de armar, reconstruir, un proyecto de vida.

El segundo enunciado aborda otro tópico común con los que ha considerado la prensa: el destino, y procedencia de los terrenos pero está orientado de modo diferente, como una reflexión explicativa y como propuesta:

2) Estos son terrenos donados para fines determinados, no se puede hacer emprendimientos comerciales como tampoco se puede hacer en el Arsenal de Luca donde está el hospital Garrahan, ahí no se puede hacer nada, porque cuando son donados los terrenos para el bienestar de los ciudadanos no se puede hacer emprendimientos, lo que sí, mi pensamiento personal, que esto se convierta en hospital general, centro cultural deportivo y artístico, y que se abra a la comunidad, que esto sea un parque enorme para toda la comunidad, que hace falta espacios verdes lleno de árboles, es importante para oxigenar la ciudad que está llena de smog (RLC).

La reflexión sobre los terrenos en este enunciado tiene un sentido amplio que parece incluir la recomendación de OMS-OPS respecto de priorizar el hospital general, pero no como recomendación de ese organismo sino como parte de una composición del espacio urbano que abarca otros aspectos del ambiente: la recreación, el deporte, el cuidado del medio ambiente de la ciudad.

En el tercer fragmento vemos como una de medidas de la propuesta gubernamental es analizada:

3) Un chalet en pleno capital 24 personas, entre el Borda y el Moyano cuántas personas hay, entre las dos 2000 más de 2000, o sea q se necesitarían ¿cuántos chalet para las 2000 personas? 100 chalet? bueno, tampoco creo q cumplan con la

construcción de chalets para gente como nosotros, encima q somos marginados (RLC)

En este enunciado hay una objeción basada en la duda respecto del cumplimiento de lo que se ha anunciado, puede compararse con otras objeciones que hemos visto en la prensa. Pero a diferencia de aquellas, esta duda sobre el cumplimiento no está referida a las normas. Está relacionada con la viabilidad que surge por un lado, de calcular la necesidad de “chalets” propuestos en función de la cantidad de personas y por otro lado con la posición social de marginalidad que ocupan dichas personas.

En las tres opiniones que hemos visto encontramos el empleo de criterios que provienen de la planificación en salud para ponderar aspectos de las propuestas anunciados por el gobierno de la ciudad, pero las dudas, contrapropuestas y cuestionamientos relacionan con las condiciones de existencia de los propios sujetos, que se asumen como “marginados” (3).

4.4.2. Frente de artistas del Borda

Este colectivo (FAB) difundió un comunicado que circuló en medios de correo electrónico la semana siguiente al anuncio (Anexo 2). Lo citamos manteniendo los aspectos paratextuales por considerar que tienen importancia en la comunicación del mensaje. La declaración se presenta como referida y enfrentada a lo que asume como un plan del gobierno. El uso paratextual de la letra mayúscula resalta la contra-posición: “El FRENTE DE ARTISTAS DEL BORDA respecto del PLAN DE SALUD MENTAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, quiere fijar su posición pública.” Luego hace su presentación:

Desde hace más de 23 años el FRENTE DE ARTISTAS DEL BORDA trabaja en la defensa del Hospital y la Salud Pública desde un proceso de desmanicomialización.

Buscamos a través de las distintas disciplinas artísticas y creativas revincular con la comunidad a las personas con sufrimiento mental; como así también generar

espacios de reflexión y organización para modificar el imaginario social y las estructuras institucionales con respecto a la locura.

De esa forma define el lugar desde el que realiza la declaración.

El comunicado hace eje luego no en "el plan" sino en la acción y el significado de lo que es *desmanicomializar*. Se modifica de esta forma, el asunto que estaría en debate. El texto enumera una serie de propósitos, al estilo de un programa, y los contrapone a acciones que no se orientan en tal sentido. Configura una respuesta, que se diferencia, respecto de qué hacer -y que no hacer. Se distinguen así, dos secuencias. La primera con modalidad afirmativa detalla en 14 puntos las perspectivas acerca de los derechos:

- 1- ES dignificar la atención de la salud mental.
- 2- ES transformar el vínculo entre el profesional y la persona internada
- 3- ES implementar internaciones cortas en Hospitales Generales o Centros de Salud Mental.
- 4- ES dignificar a los trabajadores del hospital.
- 5- ES procurar la atención ambulatoria.
- 6- ES ejercer el derecho a consensuar un tratamiento adecuado.
- 7- ES recuperar los lazos familiares y sociales de los internados.
- 8- ES garantizar la vivienda.
- 9- ES garantizar el trabajo
- 10- ES mejorar la utilización de los recursos económicos
- 11- ES brindar más información, apoyo y contención a las familias
- 12- ES informar y trabajar con la comunidad
- 13- ES convertir al "manicomio" en un hospital general con un área de salud mental.
- 14- ES consensuar las políticas en salud mental.

Las definiciones en torno a la desmanicomialización *Dignificar* la atención de la salud mental (1) a los trabajadores (4), *garantizar*, la vivienda (8), el trabajo (9). El *ejercer derecho* sobre los tratamientos (6) las políticas de salud mental (14). Otros actos: *transformar* o *convertir* están relacionados con el tipo de atención (2)

que en (13) es coincidente con las recomendaciones de OMS-OPS de priorizar el hospital general especificando el área de salud mental. La atención está tratada también como parte de los alcances de la desmanicomialización en los puntos (7), (11) y (12) En el punto 10 se han incluido la gestión de los recursos económicos desde el punto de vista de su utilización.

La segunda parte consiste en una serie de negaciones que refutan los efectos de lo que se supone implicarían las acciones y propósitos del anuncio del gobierno de la ciudad:

- I- NO es cerrar el hospital público
- II- NO es dejar en la calle a las personas internadas.
- III- NO es dejar a los trabajadores de la salud sin sus puestos de trabajo.
- IV- NO es privatizar la atención de la salud pública.
- V- NO es sobremedicar
- VI- NO es encerrar
- VII- NO es segregar
- VIII- NO es ejercer violencia física, psíquica ni química
- IX- NO es depositar a las personas
- X- NO es abandonar ni desamparar
- XI- NO es judicializar la internación

El primer punto se refiere a no cerrar el hospital público -sin hacer distinción entre hospital psiquiátrico, manicomio u hospital general. Este y los siguientes cuatro puntos se oponen a las consecuencias que afectarían a las personas internadas (II), a los trabajadores (III) y a la salud pública (IV) desde el supuesto de que se está ante una propuesta de tipo privatista y restrictiva de la atención. Los siguientes puntos que también comienzan por negaciones se oponen a las prácticas que hoy se asocian a la manicomialización.

De esta manera, y a partir del título, tanto por lo que se afirma y principalmente, por lo que se niega, el comunicado deslegitima la posible finalidad de

desmanicomializar, comenzando con el cuestionamiento del propio gobierno de la ciudad.

Se advierte en los dos discursos analizados (de la radio La colifata y del Frente de artistas del Borda) el empleo de nociones vinculadas con la planificación en salud y la recurrencia de algunos tópicos comunes a los tratados en la prensa del corpus, pero en ambos discursos se distingue la precisión de las posiciones, de las propuestas, y de las refutaciones que se han relacionado con el lugar (la práctica y la experiencia) desde donde surgen.

4.5. Contradicciones

Observaciones finales

En este capítulo nos hemos detenido en el tópico de la planificación que permite a la prensa sostener al anuncio del gobierno de la ciudad como un plan o como un modelo nuevo de salud mental no marcado ideológica y políticamente. Consideramos que a través del empleo de conceptos del dominio de la planificación sanitaria la prensa construye una ficción y remite a emblemas de un discurso cuestionador de las instituciones psiquiátricas basadas en el encierro que son capaces de proveer legitimación.

Hemos observado a partir del análisis de los titulares de los diarios del corpus, la recurrencia en el empleo de los conceptos técnicos las marcas de la perspectiva gerencial de sesgo neoliberal y el predominio de estructuras espaciales para referir al dispositivo psiquiátrico basadas en la figura prototípica del recipiente, así como la crítica basada en criterios normativos de la OMS-OPS.

Contrastan la variedad de perspectivas que anidan en el campo de la planificación en salud con el empleo binario de los términos en las notas del corpus. Esto

configura el acuerdo de referir a un plan o modelo (propuesto por el gobierno de la ciudad) tanto para describirlo como para incluir las objeciones que lo cuestionan. Distinguimos asimismo esas objeciones entre las que cuestionan aspectos de la propuesta y las que apuntan a la globalidad de la misma. En ambos casos dichas objeciones se caracterizan por el predominio de la perspectiva normativa vinculada a un modelo de APS y discursos de autoridad que como señalamos remiten a las recomendaciones de OMS/OPS, la ley de salud mental N°448, etc., o por no cumplir con determinados requisitos finalísticos o metodológicos.

Los cuestionamientos que la prensa del corpus ha tenido en cuenta responden también a esa perspectiva que denominamos normativa, dejando sin expresión otras voces que sostienen una práctica en estrecho vínculo con los sujetos denominados pacientes. Los puntos de vista que provienen de estos colectivos (radio La colifata y Frente de artistas del Borda) comparten algunos tópicos con la prensa, pero se apoyan en el vínculo con los proyectos de vida y son por ello más concretos. Como hemos dicho, estos pasando inadvertidos en el recorte hegemónico de la prensa que no contempla una planificación participativa.

El tópico de la planificación orienta y restringe la expresión de perspectivas ideológicas, pero en tanto remite a ese interdiscurso resulta un índice de *heterogeneidad* (Authier-Revuz, 1984) que puede considerarse "no mostrada".

Los enunciados sobre el "nuevo plan/modelo" del gobierno de la ciudad y las respuestas a este, evocan la *contradicción psiquiátrica* que Castel (1997) situaba entre una finalidad terapéutica (técnica) explícita, y la realización implícita de una finalidad política de segregación social que alcanza al secuestro y la reclusión de la persona psiquiatrizada. La contradicción que surge del análisis realizado consiste en que la prensa responde al anuncio reforzando la finalidad explícita planteada en términos técnicos, de reformar o cambiar el modelo de salud mental por un nuevo plan/modelo, y vehiculiza una finalidad política implícita –ligada a intereses económicos y normativos por ejemplo- que podría reproducir la

marginación de sectores con necesidades sociales que también son subjetivas, limitando asimismo los contornos normativos de su cuestionamiento.

Al indagar en puntos de vista que los diarios revisados no consideraron, en este capítulo, metodológicamente, agregamos el contraste entre dicha prensa y las notas y comentarios de espacios de comunicación alternativa. El modo en que respondieron al anuncio del gobierno de la ciudad, la "Radio La colifata" y el "Frente de artistas del Borda" muestra puntos de vista que hacen eje en aspectos que no se han contemplado y que deberían tenerse en cuenta.

El plan y sus objeciones en la prensa retrotrae a una encerrona entre la respuesta alienista para conseguir el ordenamiento social: controlar el desborde asociado al peligro o al riesgo, y el despojo que caracteriza a la locura asociada a la pobreza en la que: "o bien se los abandona a su suerte, o bien vienen a saturar los asilos" (Castel, 2009:182). En estas disyuntivas quedan opacadas las alternativas surgidas o potenciales, que pueden ampliarse, a partir de los colectivos dedicados a generar proyectos capaces de resistir la captura en la lógica alienista de la institución psiquiátrica o el abandono de la desatención, desde estrategias de tipo participativas.

4.6. Bibliografía

Almeida, C. (2001): Reforma del Estado y Reforma del Sistema de Salud. En *Cuadernos Médico Sociales* – N° 79, Abril 2001. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) Rosario.

Angenot, M. (2010): *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.

Arcidiácono, P.; Kalpschtrej, K.; Kletzel, G.; Royo, L. (2009): Déficit habitacional y desalojos. *Derechos Humanos en Argentina. Informe Anual. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)*. Buenos Aires. Siglo XXI. Disponible en http://www.derecho.uba.ar/investigacion/investigadores/publicaciones/arcidiacono-deficit_habitacional_y_desalojos.pdf

Araujo, A., Schejter, R., Warschauski, G., Zaldúa, G. (1997): La Salud Mental ante los desafíos del tercer milenio. El Hospital de Día como alternativa terapéutica. *Primer curso de administración en Salud Mental*. Buenos Aires.

Authier-Revuz, J. (1984): Hétérogénéité(s) énonciative(s). *Langage*, 73.

Bajtín, M. (2005): *Estética de la creación verbal*. Siglo XXI editores Argentina. Buenos Aires.

Barraco, A. (2008): Salud mental en la ciudad de buenos aires: el decidido avance de la reacción. *Revista Topía*. Disponible en <http://www.topia.com.ar/articulos/salud-mental-en-la-ciudad-de-buenos-aires-el-decidido-avance-de-la-reacci%C3%B3n>

Casas, A. (2011): *Los desafíos de la transición*. Colección Cascotazos. Ed. El Colectivo y Ediciones Herramienta. Buenos Aires

Castel, R. (2009): *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

..... (1977): La contradicción psiquiátrica. En *Los crímenes de la paz*. Ed. Siglo XXI, México.

De Azevedo, S., Pereira Prates, A. (1995): Movimientos Sociales, acción colectiva y planificación participativa en Brasil. En *Revista Eure* (vol XXI, N°64) Santiago de Chile, pp 103-120.

Fleury, S. (2002): Reforma del Estado. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*, diciembre, 2000 © INDES 2002. Disponible en: <http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000000/FLEURY%20Sonia%20-%20Reforma%20del%20estado.pdf>

Fleury, S. (1999): La Reforma del Estado en América Latina. En *Revista Nueva Sociedad* N° 160, marzo-abril 1999. Fundación Foro Nueva Sociedad. Buenos Aires. Disponible en http://www.nuso.org/upload/articulos/2753_1.pdf

Foucault (2003): *Vigilar y castigar*. Ed Siglo XXI Editores Argentina S.A. Buenos Aires.

Galende, E. (1990): Constitución de políticas en Salud Mental. En *Psicoanálisis y Salud Mental*, Cap.5. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.

..... (2009): El Plan. En *Revista Topía*. Disponible en <http://www.topia.com.ar/articulos/el-plan>

García Negroni, M.; Tordesillas, M. (2001): *La enunciación en la lengua. De la deixis a la polifonía*. Ed. Gredos, Madrid.

Giovanella, L.; Amarante, P. (1998): O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. Em *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Paulo Amarante (org) Editora Fiocruz. Río de Janeiro, RJ.

Lackoff, G.; Johnson, M. (1991): *Metáforas de la vida cotidiana*. 2da Edición. Cátedra-Teorema Ed. Madrid.

Maingueneau, D. (2009): *Análisis de textos de comunicación*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

Menendez, E. (1985): Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. En *Cuadernos Médico Sociales* Del Centro de estudios sanitarios y sociales (CESS) 55-63 Rosario.

Olivera, A. (2008): Estallidos de un anuncio. Difundido en redes electrónicas durante junio de 2008).

..... (2005): La colifata. Radioterapia des-estigmatizante. Publicado en *Página 12*, 15 de octubre de 2005. Disponible en http://lacolifata.openware.biz/archivos/repositorio//0/149/La_Colifata_radio_terapia_des-estigmatizante-Articulo_publicado_en_PAGINA_12.pdf

Onocko Campos, R. (2007): *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Passos Nogueira, R. (2008): *La salud que hace mal. Un estudio alrededor del pensamiento de Ivan Illich*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Rosanvallón, P. (1995): *La nueva cuestión social. Repensar el Estado de Providencia*. Ediciones Manantial. Buenos Aires.

Rovirosa, M (1989): Estrategias para la viabilización eficiente y eficaz de proyectos de desarrollo popular. *Revista Desarrollo Económico*, Vol 29, N°115. Buenos Aires.

Tauber, F. (2011): El desarrollo y su planificación. En *Revista Iberoamericana de urbanismo*. N°5. Disponible en http://www.riurb.com/n5/05_06_FernandoTauber.pdf

Testa, M. (1997): *Saber en salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

..... (1993) Tendencias en planificación, en *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Tosquelles, F. (1975): La problemática del poder en las colectividades de Atención Psiquiátrica. En *La Antipsiquiatría*. AA.VV. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.

Trotsky, L. (1977): *El Programa de transición*. Ed Crux, La Paz.

Van Dijk, T. (2006): *Ideología. Una aproximación multidisciplinaria*. Ed. Gedisa, Sevilla.

Vasilachis de Gialdino (2004): El lenguaje de la violencia en los medios de comunicación. Las otras formas de ser de la violencia y la prensa escrita. CEIL-PIETTE Disponible en <http://www.ceil-piette.gov.ar/areasinv/representaciones/reppub/l%20Vasilachis%201.pdf>

Zavala, I. (1997): Bajtín y el acto ético: una lectura al reverso. En *Hacia una filosofía del acto ético. De los borradores y otros escritos*. Mijail Bajtin. Ed. Antrhopos, EDUPR. Barcelona.

Corpus de diarios

Página del Gobierno de la Ciudad. Disponible en:

http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/plan_s_mental.php

Clarín, 2/4: El gobierno de Macri presentó un plan de reformas que busca terminar con los internados crónicos

<http://www.clarin.com/diario/2008/04/02/laciudad/h-04601.htm>

La Nación, 1/4: Proponen cerrar el Borda y el Moyano

http://www.lanacion.com.ar/informaciongeneral/nota.asp?nota_id=1000471

La Nación, 2/4: Macri prometió cerrar en dos años los hospitales Borda y Moyano

http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1000650

Página 12, 1/4: El hospital psiquiátrico debe eliminarse

<http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/sociedad/3-101631-2008-04-01.html>

Página 12, 2/4: La ciudad tendrá manicomios último modelo

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-101697-2008-04-02.html>

Página 12, 2/4: Los ejes del nuevo modelo

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/101697-32079-2008-04-02.html>

Página 12, 2/4: Incumple la Ley de Salud Mental

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/101697-32078-2008-04-02.html>

TERCERA PARTE

Nombres y voces

Capítulo 5

OBJETOS DEL DISCURSO. SUJETOS E INSTITUCIONES

5.1. Los medios en la formación de identidades

La prensa, en sus respuestas, ha situado, o mantenido como objeto del anuncio del gobierno de la C.A.B.A, a los establecimientos psiquiátricos; sin embargo, el curso de las acciones enunciado, concierne a sujetos, usuarios, familiares de usuarios activos, empleados, etc., cuya voz está ausente en el tratamiento que hacen los diarios en estudio. Por el contrario, ellos son los terceros, nombrados por propiedades vinculadas descriptivamente a los “objetos a cerrar”, es decir, terceros nombrados a través de *descripciones definidas*. Tal como señala Maingueneau, “Utilizar una descripción definida (...) es obligar al co-enunciador a seleccionar un individuo (...) o un conjunto de individuos caracterizándolo(s) con ayuda de una o varias propiedades [...]” (Maingueneau, 2009: 218) Estas formas de nombrar pueden relacionarse asimismo con las identidades sociales. En este capítulo estudiamos las formas de denominar a dichos sujetos, para ello retomaremos la ilación con las matrices epistémicas históricas que constituyen la

memoria de los discursos de tradición psiquiátrica y de salud-enfermedad mental, y con los procesos de la época que atraviesan la enunciación periodística.

En su trabajo sobre la formación de objetos en el discurso, Foucault (1999) sostiene que los discursos son prácticas que forman de modo sistemático los objetos de los que hablan. Estos objetos son posibles también, en la medida en que se produzcan procesos históricos que los propicien.

Al preguntarnos por la participación de la prensa en la formación de identidades, observamos que hay acuerdo en destacar dos procesos respecto de las identidades sociales: la globalización, con su reverso de localización, y el desarrollo desigual de las tecnologías de comunicación e información entre las que se cuenta la prensa. En efecto, su influencia se expande tanto respecto del diseño y organización de la economía y la sociedad, como de la construcción de identidades. Esto puede deberse al protagonismo de los medios de comunicación de masas en el escenario de conflictos del espacio político y también tecnológico. (Martín Barbero, 1993, 2002). Contribuyen a dar forma a las instituciones y a los sujetos de época, como a los modelos de afectividad, las finalidades y las representaciones del *imaginario social*¹. Gracias a la relación co-operativa con el/los estado/s, los gobiernos y las políticas, y el alcance que logran gracias a la diversificación de redes y soportes, pueden asimilar su discurso a la cotidianeidad, asumir las voces autorizadas, encarnar la justicia, la ciencia o la literatura, definir los marcos de realidad y de ficción, incidiendo en el funcionamiento normativo-valorativo. Para García (2006), los medios intervienen también en la re-producción del saber y del creer, del deseo de ser y de construir ideales, destacándose la función identificatoria, formateadora y performativa (Butler, 2006). Estas funciones

¹ En la conceptualización de Castoriadis (2001) desarrollada además a lo largo de su obra, la *imaginación* es entendida como facultad radical de la humanidad. El imaginario es formador, instituyente, de las instituciones y significaciones, que una vez creadas se cristalizan como *imaginario social instituido*. El concepto ha tenido no obstante otras derivaciones teóricas, entre ellas en la semiótica; Gómez (2001) retomando las ideas de Hjelmslev, la relaciona con la formación de sentido por parte de la comunicación mediática, y en ella la función de la narratividad, que suele estar presente en la modalidad de la crónica.

se refuerzan en el formato de noticia, que tiende a la captura del sujeto en la mallas de la evidencia (Zoppi, 2004)².

Para analizar los objetos construidos en el corpus estudiado será tener en cuenta estos rasgos de la prensa.

En el marco de la globalización y la localización, los medios influyen en la redefinición y redistribución del espacio y de las identidades a ellos asociados. El imaginario urbano distingue entre zonas de circulación y de marginalidad, y es en esta última, sede de la dimensión conflictiva y traumática como de un espacio primariamente relacional según Appadurai (2001) donde se localizan el hospital psiquiátrico y el objetivo "anunciado" de darle "otros usos a esos espacios".

En este capítulo nos ocupamos de las formas de nombrar a los sujetos u objetos de los enunciados que discursivamente están vinculados con esos espacios a cerrar y que son diferenciables de los sujetos portadores de autoridad enunciativa. Mientras los sujetos de la enunciación se reconocen en ese dispositivo, que los constituye a la vez que constituye sentido (Maingueneau, 1997), como sujetos que defienden sus perspectivas argumentativas, y tal como hemos visto, se sostienen en el tópico de los derechos humanos; los objetos del discurso, aquellos sujetos de los que se habla, no son reconocidos como tales. Son los objetos del discurso, en el sentido que da Foucault (1999) a este término; es decir, son aquellos que surgen de las prácticas discursivas y que aparecen, como veremos, asociados por contigüidad con las propiedades de la institución psiquiátrica. Cargan asimismo con las significaciones que adopta la locura en lo que se presenta bajo las actuales condiciones de enunciación, como "sujetos de la enfermedad mental", y las continuidades con las matrices epistémicas de las que provienen sus denominaciones.

² "A través do formato notícia, a imprensa estabiliza e legitima um saber que se torna desta maneira, banalizado, capturando o sujeito nas suas mallas de evidência, produzindo identificação" (Zoppi, 2004: 107).

5.2. Clases de sujetos

Como hemos señalado, en los textos periodísticos del corpus aparecen o se diferencian dos clases de sujetos; por un lado los enunciadores: los funcionarios políticos, los entrevistados/as expertos, los técnicos, los representantes institucionales y sindicales, con sus destinatarios; y por otro lado, los terceros, las terceras personas, son “los que no hablan” sino de los que se habla. En esa categoría de terceras personas se encuentran los sujetos que estarían internados; aquellos de quienes se habla, pero no hablan en la prensa. Estas terceras personas son denominadas “pacientes”, “internados”, “asilados”, “personas con discapacidad”, etc. nombres que caracterizan una relación asimétrica con la institución psiquiátrica, y una posición pasiva y de subalternidad respecto de los sujetos enunciadores que en general son los que portan, y representan, autoridad.

Nos preguntamos por las denominaciones o categorías designacionales, es decir los modos de nombrar al “sujeto de la enfermedad mental” (antes el loco –las locas), que en los textos aparecen como las terceras personas, sujetos u objetos de los enunciados. Relacionamos este sujeto con los objetos surgidos de las *prácticas discursivas* como “conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y en el espacio, que han definido en una época dada, y para un área social, económica, geográfica, o lingüística dadas, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa” (Foucault, 1999:81) e indicadores de lugares o posiciones que, “en lugar de remitir a la síntesis o a la función unificadora de *un sujeto* manifiestan su dispersión” (Foucault, 1999:89)

Estos sujetos adquieren en el corpus identidades asociadas a representaciones valoradas negativamente. Antes de emprender su análisis realizaremos una revisión de prácticas discursivas históricas que se han referido a este “sujeto de la enfermedad mental” atendiendo a los antecedentes históricos epistémicos de las denominaciones de la locura, las instituciones y criterios que las definen. Comenzaremos en primer lugar por exponer algunas perspectivas que estudian las identidades sociales y nos permiten situar los sujetos de los que se habla en

los diarios estudiados, en relación con las actuales condiciones sociohistóricas de enunciación.

5.2 1. Identidades sociales negativas

Parece haber cierto acuerdo en situar al riesgo, y a la peligrosidad, como condicionantes de la construcción discursiva de identidades sociales negativas, en la época. Para aproximarnos a esta construcción, nos remitimos a conceptualizaciones de la semiótica, de los estudios culturales, y de la sociología.

Desde una perspectiva semiótica, la construcción simbólica de identidades, y de sujetos, surge de configuraciones espacio- temporales, y marcas sociohistóricas. En la época, la globalización implica procesos entre los que se destaca la reconfiguración espaciotemporal y de las subjetividades. Dalmasso, Andacht, Fatala (2010) señalan dos momentos de la reconfiguración temporal ligados a la globalización: en su apogeo, la globalización parecía ofrecer un presente absoluto de consumo y ciudadanía mundial asociado a la seguridad; mientras que en sus fisuras hace surgir como categoría temporal, ya no la seguridad sino la incertidumbre para el futuro. La incertidumbre³ como parte de las configuraciones globales y semióticas opera en la producción de las condiciones de enunciación y de construcción de las identidades sociales. En este sentido, la condición de otro⁴, u *otredad*, resulta central en la reflexión de los estudios culturales, algunos de los cuales se han caracterizado por buscar en el pasado la re-valoración de los *otros*.

³La incertidumbre tiene otra significación en las nuevas perspectivas de la ciencia. Se relaciona con el cuestionamiento a las leyes deterministas, que ha sido posible en gran medida por una revisión del tiempo y su papel en los procesos, también revisados, de reversibilidad e irreversibilidad; entropía, creación, construcción; equilibrio, caos, e inestabilidad de los sistemas. El pensamiento de lo incierto tiene una función de *clinamen*, requisito para la aparición de novedades, mientras que "Los sistemas estables conducentes a certidumbres corresponden a idealizaciones, aproximaciones" (Prigogine, 1997:60)

⁴ Hablamos de una orientación distinta a la sostenida por Bajtín para quien es propio de la condición humana y de la estructura de la cultura el otro del diálogo abierto entre yo-otro y otro-yo. Es un sistema de relaciones que condicionan la emergencia del sujeto que se dice yo. (Bajtín, 2000)

Abordamos el tema con el alerta de la crítica teórica a dicha perspectiva, al plantear que la construcción misma de sujetos en tanto "otros" puede funcionar como instrumento de legitimación del capitalismo, o sea, del capitalismo globalizador de la postmodernidad (Hernando, 2006) Nuestro objetivo en cambio, consiste en revisar estas categorías a fin de elucidar las condiciones que posibilitan construir al sujeto pa(de)ciente como un ser al que se presupone que puede excluirse. En el recorrido histórico del problema del *otro* que hace Todorov (2003) distingue dos niveles: el *otro* que constituye una instancia de la configuración psíquica, y el *otro-los otros-* como grupo social concreto al que (los) *nosotros* no pertenecemos. Y diferencia el *otro*, interior a una misma sociedad, del *otro exterior* y por lo tanto lejano en términos culturales, morales, históricos, etc. Pero aunque propone como un ejemplo de grupo "otro" interior a la sociedad, al de los *locos* respecto del grupo de *normales*; y a los habitantes de nuestro continente para los "descubridores de América", como ejemplo de otros exteriores a la sociedad; en un contexto enunciativo diferente, acaso tal experiencia de lejanía sea la que se soporta el ser identificados de "locos", tanto tras los muros materiales y simbólicos que postulan el no-lugar del hospital psiquiátrico como su "lugar en el mundo", como en la exclusión de derechos, y espacios, sociales.

Veremos otras dos conceptualizaciones que aportan a la idea de que la construcción de "el otro" ha sido y es, la forma de construir la identidad social negativa para el dominio y afirmación del modelo dominante. Zizek (2001) señala que la ideología multiculturalista del capitalismo global revestido de cierta tolerancia y aceptación de las diferencias, sostiene una lógica que hace aparecer al *otro* como signado por el contenido particular, socialmente negativo, o directamente como el "mal universal". La transformación que define a ese contenido en lo típico de su identidad, es el modo de reafirmar una superioridad que se supone propia de la cultura global, respecto de la cual la identidad del otro, presentada como excepción, se vuelve símbolo universal del *mal social*.

La construcción de *identidades peligrosas* personificando el mal en un *otro*, como excepción, o como objeto –sujeto- deshumanizado, puede alcanzar una magnitud global de refuerzo de valores dominantes acerca de lo humano. Los medios de comunicación de masas con su estructura de poder concentrado y una cobertura cada vez más amplia para reproducir los discursos, tienen un papel clave. Butler (2006) reflexiona desde el marco de las violencias políticas, sobre la atribución valorativa del mal social al *otro*. Destaca en la representación mediática, la estrategia deshumanizante de la personificación de “el mal”- según la perspectiva de lo que el poder considera *mal-* a través de la figura del *rostro*. Este, que no es ni cara, ni cuerpo, ni gesto solamente, es una función de captura del semejante y de su demanda, por la imagen⁵. El sufrimiento y la precariedad de la vida son subsumidos así, en procesos de desidentificación (que preferimos llamar contraidentificación para distinguirla de los procesos psíquicos de desidentificación necesarios o positivos). Y de esa manera, afirma la autora, “El ‘yo’ que mira esa cara no se identifica con ella: el rostro representa eso con lo que no hay identificación posible –sirve para deshumanizar y como condición de la violencia-.” (Butler, 2006: 181).

En otros términos, el contravalor, arrasando con las particularidades de clase, género, cultura y singularidades, como edad, orientaciones y preferencias, etc., es personificado en “el rostro” que suscita esa contraidentificación. No sólo no identificarse sino identificar en ese rostro a un no-humano. De eso tratan los rostros, contrapuestos a las imágenes de lo normal, que habitualmente personifican a la locura y la enfermedad mental en la prensa y en el pensamiento hegemónico.

Una última dimensión a considerar respecto de las identidades sociales según la perspectiva del poder, en el contexto de la globalización, es la de las políticas sociales. El anuncio y las respuestas a este en la prensa, se topan con las

⁵ Judith Butler toma el concepto de *rostro* de los trabajos de Lévinas

denominadas políticas de protección social, o más precisamente, con el déficit de la función del Estado en la garantía de los derechos civiles, sociales y sanitarios.

La erosión de las funciones de protección social del Estado, incluye según Castel (2011) a las organizaciones colectivas propias de la sociedad salarial de posguerra. Y se relaciona, a su vez, con otros dos procesos: el aumento global de la incertidumbre, y la localización de un tipo de identidad social como "clase peligrosa".

La escenificación de la situación de los suburbios como abscesos donde está fijada la inseguridad, a la cuál colaboran el poder político, los medios y una amplia parte de la opinión pública, es de alguna manera el retorno de las clases peligrosas, es decir, la cristalización en grupos particulares, situados en los márgenes, de todas las amenazas que entraña en sí una sociedad. (Castel, 2011: 70)

La incertidumbre respecto del futuro se sustenta de esta forma, por la inseguridad social derivada de la desprotección y de los fracasos de la cobertura, y también por los riesgos que provienen de la búsqueda misma de seguridad, y como consecuencia de acciones para el dominio de otros riesgos. Estos procesos ya habían sido observados por Foucault (1996) en el campo de la medicina, luego del impulso dado por el Plan Beveridge (Inglaterra entre 1940 y 1950). La medicina, cada vez más relacionada con la macroeconomía, ya no se ocuparía sólo de la enfermedad, sino que extendería su campo de intervención a los distintos órdenes de la vida. A esta extensión la denominó *medicalización indefinida*. Con el paso del tiempo y el desarrollo de la industria y las tecnologías médicas, aparecen los efectos no deseados, derivados de estas intervenciones. Surgen así, en contraste con el aumento de la desprotección, nuevos riesgos vinculados por un lado al afán de rentabilidad, y por otro, a la búsqueda del silenciamiento de los síntomas, y de optimización de la "salud" en función del mayor rendimiento. La producción y

utilización de medicamentos⁶, con sus correlatos en la construcción simbólica de la enfermedad y de la patologización de los sujetos son algunos ejemplos.

5.2.2. Perspectivas sobre la enfermedad mental

Antes de ir al análisis de las identidades que se presentan en el corpus, haremos un repaso por los antecedentes históricos epistémicos de las denominaciones de la locura, en especial de la corriente conocida como *alienismo*, por ser la más implicada en el dispositivo psiquiátrico del encierro que aun perdura. Retomaremos para ello cómo sitúa Michel Foucault (1976) en "Historia de la locura en la época clásica" el período en que emerge lo que se considerará locura, o más precisamente, la conciencia que tiene la sociedad, de ese fenómeno como algo diferenciado en un nuevo orden de conceptos. Ahí observa los cambios que se producen respecto de las significaciones del siglo XVIII: fenómeno de sinrazón relativa capaz de albergar sentidos oscuros cercanos tanto a la inmoralidad como a la animalidad, y las nuevas significaciones que adquiere durante el transcurso de los acontecimientos del siglo XIX: el cambio de foco hacia el mundo humano y social, la alteración de las sensibilidades, de la temporalidad y de las relaciones con el prójimo, y en definitiva, la transformación de lo que era hasta entonces la verdad. A comienzos del siglo, la innovación de Pinel, con su *Tratado médico filosófico sobre la alienación mental* de 1801, daba un giro al enfoque organicista y a la idea de la incurabilidad de la locura. En su propuesta, el aislamiento del paciente en el hospital tendría el fin de posibilitar la acción del médico -figura de autoridad, representante del orden patriarcal asociado a otras figuras tales como el Juez, el policía o el padre-, en la dirección de las conductas y de las pasiones (a diferencia de tratados clasificatorios del sXVIII) Este primer momento del *alienismo*, orientado por concepciones médico-morales, se iría transformando a medida que la psiquiatría se constituía en una disciplina semiológico nosográfica con eje en la observación y seguimiento del -sujeto- enfermo. Su espacio de

⁶ El riesgo médico o el problema del consumo abusivo de psicofármacos son otros ejemplos.

intervención se ampliaba hacia el afuera del hospital, no para la salida o la apertura del encierro sino para ubicar allí las causas de la enfermedad. La teoría formulada por Morel en 1857, en su *Tratado de la degenerescencia*, o, *Tratado de la degeneración*, daría sustento a este viraje, o segundo momento hacia un tercer tiempo e introducía en su definición de locura, un cambio del sentido que Foucault describía así:

[...] ha trastornado la perspectiva temporal en que se percibía ordinariamente la locura; la ha colocado en el fluir indefinido de un tiempo cuyo origen era fijo, y el motivo cada vez más alejado; ha abierto a la locura sobre una duración irreversible, rompiendo sus ciclos cósmicos y arrancándola a la fascinación de la falta pasada; prometía la invasión del mundo por la locura, ya no bajo la forma apocalíptica del triunfo del insensato, como en el siglo XV, sino bajo la forma continua, perniciosa, progresiva, jamás fijada en ninguna figura terminal, que rejuvenece del envejecimiento mismo del mundo. Desde antes de la Revolución se inventaba una de las grandes obsesiones del siglo XIX, ya se le daba un nombre; se le llamaba "la degeneración". (Foucault, 1976: 57)

El reconocimiento de condiciones sociales generadoras de enfermedad, como la miseria, se caracteriza en esta tradición, no por propugnar un cambio de tales condiciones sino porque elabora una crítica moral que igualaría las condiciones de vida con las respuestas subjetivas entendidas como temperamentos de clase. Se vislumbra así, una atribución de los males sociales a la clase social que los padecía. Así lo documenta Foucault citando a Morel:

Profesiones peligrosas o insalubres, habitación en centros demasiado populosos o malsanos, intoxicaciones diversas; si se aúnan ahora esas malas condiciones generales la influencia profundamente desmoralizadora que ejerce la miseria, la falta de instrucción, la falta de previsión, el abuso de bebidas alcohólicas y los excesos venéreos, la insuficiencia de la alimentación, se tendrá una idea de las complejas circunstancias que tienden a modificar de manera desfavorable los temperamentos de la clase pobre. (Foucault, 1976: 62)

Esta perspectiva está en la base epistemológica de una psiquiatría de la degeneración, y del tratamiento correctivo de *los anormales* (Caponi, 1999). El discurso del alienismo si bien sostiene una interpretación social de la locura, la desprende, la aliena, del significado histórico que adquiere por entonces la *alienación social*, como mecanismo vinculado al análisis económico del proceso de trabajo. En resumen, en el marco del alienismo, el concepto médico y psicológico de alienación convierte a la locura en estigma de clase, y en un temor favorable a la duración del orden burgués (Foucault, 1976).

La formación de las instituciones psiquiátricas en Argentina recibe también la influencia de este paradigma que permitía condensar los fantasmas de barbarie, y los conflictos con la nueva inmigración, con los contravalores sociales: la ociosidad, el vicio y el descontrol de las pasiones, serían localizados en el espacio urbano y la "mala vida". El tratamiento de la *degeneración*, o mejor dicho, del sujeto de la degeneración, es allí, la intervención normalizadora sobre la conducta ciudadana. La Teoría de la degeneración tendría influencias en el complejo tecnológico y de instituciones específicas recién surgidas (hospitales, manicomios, penitenciarios, publicaciones y asociaciones) influyendo también en la cultura y en el pensamiento de una capa profesional en ascenso social, localizada alrededor de dichas instituciones. Desde las primeras cátedras, este discurso se aviene a las primeras clasificaciones en el manicomio: *manía, melancolía, demencia e imbecilidad* (Vezzetti, 1985). Paulatinamente, la idea de que los extranjeros enloquecen más fácilmente se correspondería con la figura del *loco inmigrante*. Por otra parte, la locura en condición de pobreza, considerada como *minoridad social y jurídica*, daría lugar a la figura de la tutela, que sería la forma por medio de la cual se habrá de gestionar legalmente la pérdida de derechos civiles. Este giro hacia las significaciones sociales que identifican, en la matriz discursiva local, a la locura, tenía un correlato en la práctica de las admisiones guiada por los criterios de Lucio Meléndez que cita Vezzetti:

Los hospicios de alienados no han sido fundados para los que se degradan con el asqueroso vicio de la bebida sin estar locos” los considerados “alcohólicos” no se confundirán con los “locos” sino que serán parte de los “débiles de espíritu”. (Vezzetti, 1985: 65)

El establecimiento de criterios diferenciadores entre la locura y otras entidades como el alcoholismo y la discapacidad, procuraba, al mismo tiempo que subsumir al loco en el discurso médico, contrarrestar el dato de que la indigencia era un denominador común en todos los casos, y una marca identificatoria de la población manicomial. Por un lado, aun cuando este discurso no asumiera una denuncia de las condiciones de vida, tampoco podía obviar el correlato entre el aumento de desocupación y el alcoholismo, en una época de expansión industrial; la internación participaría así, mediante la cronificación de los locos trabajadores, de una práctica de segregación, a la vez que de su denuncia. De allí que el trabajo iba a jugar un papel importante en la vertiente que adoptara el “Método no restraint”⁷ (sin restricción) no sólo en el sistema clasificatorio del alienismo local, sino también en el tratamiento, debido al valor moral, disciplinador, adaptativo y terapéutico que se le asignaba (Díaz, Jure, Pérez, 2007). Esto es, no como derecho social sino como dispositivo interno a la institución psiquiátrica. Paralelamente, se delimitaba con valor nosográfico una *locura moral* que identificaría a las luchas sociales como formas de locura colectiva⁸; y al mismo tiempo, todo lo que se planteara como desviación de la conducta respecto de la ley y las normas, será materia de diagnóstico psiquiátrico.

La influencia que adquiere el psicoanálisis desde fines del siglo XIX introducirá nuevas categorías o nuevos sentidos para los mismos términos. La paranoia, la

⁷ Método Open Door, es a la vez el nombre que se le dio a la colonia Domingo Cabred pensada como colonia agrícola a puertas abiertas (Días, Jure, Pérez, 2007)

⁸ Este discurso se presenta en ejemplos muy actuales. Uno muy conocido es el de las *madres de plaza de mayo* a quienes los militares llamaban *‘las locas de la plaza’* o el de los grupos contrarios al pago de la deuda externa a los que en tiempos de gobierno democrático se llamaba como *‘los locos de la deuda’*.

histeria y la neurosis obsesiva se integran al pensamiento moderno sobre el sujeto –el paranoico, la histérica, el neurótico, son algunas formas incluso por género en que estas categorías psicopatológicas operan como designaciones.

El cuestionamiento al dispositivo manicomial, y las posiciones a favor de la desinstitucionalización psiquiátrica generaron la reflexión sobre los modos instituidos del nombrar y el reposicionamiento ideológico en el tema. De ahí que ciertas denominaciones como usuarios, o utendi, en la Reforma Italiana, sujeto en perspectivas psicoanalíticas; o persona, que como veremos se retoma en el discurso actual, sean formas que tienden a disipar la dimensión médica o médica-psiquiátrica y psicopatológica. No obstante, pese a los debates y búsquedas que se han producido a lo largo del siglo XX, la categoría trastorno se instaure, de manera hegemónica en las terminologías globalizadas, por parte de las asociaciones internacionales a través de los manuales CIE y DCM⁹. El término "trastorno", o disfunción, abarca toda una variedad de otras categorías como síndrome, y discapacidad. El sujeto –además de paciente- es ahora un sujeto trastornado. La Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad utiliza esta acepción al tratar la internación judicial (Cap. IV, art. 35) mientras que otras designaciones a las que recurre son las de "enfermedad mental"¹⁰ (incluido el "retraso mental"), o "pacientes psiquiátricos", en este último caso se muestra claramente la definición por, o desde el tratamiento. La categoría "discapacidad"¹¹ se utiliza ampliamente

⁹Según el DSM IV: "En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica." (APA, 1994: 18)

¹⁰ Entre otros la "Declaración de Caracas"; los "Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental", la "Declaración de derechos del retrasado mental" que hemos visto en el capítulo 3. La Ley Nacional 26657 toma como referencia estos y otros documentos en la categoría "personas con padecimiento mental"

¹¹ Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual.

en los documentos y referencias legales o normativas internacionales (analizadas en el capítulo 3), desde una delimitación marcadamente neuropsiquiátrica y social.

Contradictoriamente, a partir del reposicionamiento de colectivos identificatorios, favorecedor del cambio en las condiciones de enunciabilidad, se reconocen criterios de identidad acordes con las opciones asumidas por los sujetos. La reciente aprobación de la Ley N° 26743 de Identidad de Género y atención integral de la salud de las personas trans (2012) enuncia en el plano del discurso legal el derecho a la identidad autopercebida. Sin embargo, dicho criterio se diferencia y confronta aún, con la definición de *trastorno* que sostienen la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) en sus tres categorías (trastorno de la identidad sexual de la infancia, transvestismo de rol doble y transexualismo), y el DSM-IV (trastorno de la identidad sexual) APA (1994)¹²

Esta reconfiguración de las identidades y la consecuente posibilidad de otras enunciaciones señalan procesos de desestabilización del discurso. Sin embargo, respecto del padecimiento psíquico y la producción de imágenes como fenómenos de intersubjetividad, las designaciones de la prensa, que de acuerdo con Zopi (2003) por medio de las construcciones morfo sintácticas al referir o predicar, participan tanto de la producción de imágenes por heteroreferencia como de los mecanismos de auto-referencia, oscilan entre acentuar un aspecto negativo de articulación entre lo patológico y lo social, y disipar la condición de padeciente manteniendo el dominio biomédico del término paciente, así como principalmente, a negar la común-idad con el nosotros. Pasemos a considerar la manera en que la prensa dialoga e interpreta estos sentidos identitarios en los textos del corpus.

¹² Para reflexionar en este sentido, "La Raulito" es el nombre que adoptó María Esther Duffau, 26/07/1933-30/04/2007, más conocida por la película que con ese título protagonizó Marilina Ross en 1975. Un nombre de varón, Raúl en diminutivo precedido por un artículo, como si no se tratara de un nombre propio, pero también el sociolecto de la calle, y un resto de género femenino. En La-Raulito se han condensado las opciones de identidad que según su relato fueron la prostitución o vestirse de hombre y una historia de desamparo y encierro en instituciones, entre ellas el manicomio. La institucionalización y patologización fueron en su historia la respuesta a la pobreza y el reemplazo de un espacio material, y de sostén apropiados.

5.3. Designaciones en los diarios

El material periodístico presenta dos tipos de designaciones para destacar, las de los efectores que son objetos del anuncio, y las de los sujetos de los que se habla, que también lo son. Estas últimas constituyen el eje del análisis de la formas de designación de estos sujetos, en posición de “otros” en el corpus. Metodológicamente, nos valdremos del esquema que utiliza Foucault (1999) al estudiar el régimen de surgimiento de los objetos del discurso tomando el enunciado como unidad de análisis. Dicho procedimiento contempla: a) localizar *superficies de emergencia* que habrán de designar diferencias entre individuos, según el estatuto de: enfermedad, enajenación, anomalía, demencia, neurosis, psicosis, degeneración, que presentamos como designaciones. Pone así el foco en los lugares en donde pueden surgir o manifestarse esas diferencias (familia, grupo social, trabajo); b) describir *instancias de delimitación*, que instauran, aíslan, nombran la locura como objeto, son por ejemplo la medicina, la justicia, la religión; c) analizar las formas o *rejillas de especificación* tales como el alma, las facultades, el cuerpo, los órganos, la vida, la historia individual, repetición psíquica, correlaciones neuropsicológicas, etc. Agregamos a estos ítems, uno (d) a partir de los trabajos de Zoppi (2003), relacionado con las *contigüidades designacionales*, para incluir así, la relación identificatoria con los dispositivos institucionales que venimos señalando en capítulos anteriores.

Una aproximación general muestra que los segmentos que describen el “nuevo modelo/plan” mantienen constante el término “pacientes” para designar aquellos que deberán seguir el recorrido planteado por el flujo del “sistema”. De este modo los sujetos son presentados como objetos de las acciones externas, que siguen el recorrido ordenado por el sistema. Descripción y metáfora de un sujeto, tercero de los enunciados, sujetado a las decisiones ajenas, e incluso, impersonales del sistema. También predomina la designación de “pacientes” en aquellos segmentos de las crónicas que describen las condiciones actuales, a fin de argumentar distintos puntos de vista sobre el anuncio. No obstante esta denominación no es la

única y en numerosas notas alterna con aquellas que permiten establecer modos distintivos de representación del otro. Hemos relevado estos segmentos en las cinco notas que tratan el anuncio: la página del gobierno de la ciudad, *La Nación* del 1 y 2/4, *Página 12* del 2/4 y *Clarín* del 2/4. Presentamos una cuantificación de las designaciones que aparecen, en el siguiente cuadro (1).

Cuadro 1

Designaciones	Pág. CABA	LN2	P.12	LN1	CI	T
Pacientes	2	6	2	1	1	12
Personas	1	1		1	1	4
Internos/internados crónicos		1			3	4
Gente		1				1
Presos					1	1

La designación de "paciente" es, además de una representación del sujeto, un término clave de las escenografías técnicas de las crónicas. Si bien es una delimitación desde la medicina, es lo suficientemente genérica como para operar el borrado de la especificidad. Esto ocurre con categorías como "personas", "gente" y "presos" mientras que "internos" o "internados crónicos" parecen escenificar un sujeto desde el dominio técnico, que se acentúa. Se analizarán estas categorías cualitativamente según sus especificidades y contigüidades.

a.- Personas sin recursos (Cuadro 2)

Con esta denominación encontramos clasificaciones cuya superficie de emergencia es de tipo social en las que se habla de un sujeto "carenciado" ya sea por falta de hogar y trabajo, es decir déficits en la protección social, o ya sea de "voz y voto" como derechos civiles, por discapacidades o inimputabilidad. La condición de sujetos sin recursos es presentada también como población numéricamente excedente. La falta de recursos opera como cualidad diferenciadora (negativa), al negar características afirmativas, por ej. ser

trabajadores, ciudadanos, gente, etc., y como homogeneizadora; esto se halla reforzado en expresiones como “viven [...]”, o “llegan [...] no se van”; en las cuáles, se elude mencionar los tratamientos, o actos de salud, que desde la delimitación médica se supone que se producen en un “hospital” o deberían producirse. De este modo se apunta en cambio, a una condición de “ocupantes”.

Cuadro 2

Designaciones	delimitación	especificación	contigüidad
Cerca de 2000 son las <u>personas</u> que viven hoy en los dos <u>neuropsiquiátricos</u> porteños y más de la mitad de ellos sufren problemas más cercanos a las carencias sociales que a los sufrimientos mentales. (LN 2/4/08)	Social y económica: “carencias”	Por diferenciación: “mentales”	Viven en los Neuropsiquiátricos
Y como a estos centros llegan generalmente <u>personas sin recursos</u> , en la Justicia estiman que hay entre 400 y 450 <u>pacientes</u> que ya tienen el alta pero no se van porque no tienen <u>hogar ni trabajo</u> .(CI)	Carencia económica-socia Justicia	Recursos-Trabajo-Hogar Numérica	Llegan –No se van
...pero deben ser cuidadosos para evitar que los <u>pacientes</u> sufran el abandono que implicó la <u>desinstitucionalización</u> en los Estados Unidos, por ejemplo. (LN 2/4/08)	Medicina – carencia econ.-social: “abandono”	Sufrimiento	Ser cuidadosos [evitar efectos de] ...la desinstitucionalización ...
Es una vergüenza cómo viven los <u>pacientes</u> en los <u>hospitales</u> , pero es un riesgo demasiado alto desactivar lugares(LN 2/4/08)	Medicina-Hábitat	Vergüenza - Riesgo	Diálogo: la vida en hospital- riesgo de desactivación
Lemus agregó que “en cuanto a los más de 2000 <u>pacientes internados en el Borda, el Moyano y el Tobar García</u> , estudios previos muestran que más del 50 por ciento está por problemas sociales, no psiquiátricos...”.	Medicina-numerosidad, porcentaje. “problemas sociales”	Internación-Estudios (estadísticos)	Borda, Moyano y Tovar García
La situación actual es una vergüenza, una falta de respeto a los derechos humanos de los <u>pacientes</u> y los trabajadores.(CI)	Medicina- “pacientes”	Vergüenza-Derechos Humanos	Distinción respecto de trabajadores.
“...Si quieren mejorar la salud de los <u>pacientes</u> , que tiren abajo las murallas y permitan que la <u>gente</u> use esos espacios,	Medicina-Hábitat-	Espacio: murallas, calle. Espacios-desalojo	“el Moyano”

antes de poner a los <u>internos</u> en la calle", agregó Muñoz, que trabaja en el <u>Moyano</u> desde hace 25 años. (LN 2/4/08)			
Vamos a luchar por los <u>pacientes</u> sin voz ni voto (LN 2/4/08)	Medicina- Carencia ciudadanía	Sin voz ni voto	a luchar por...[en representación]

La relación entre carencias económicas (o de protección social y/o civil) y la internación identifica a los sujetos como necesitados del hospital en calidad de vivienda, o sea de la internación porque cumpliría una función social. Los sujetos son enunciados por su numerosidad: "entre 400 y 500", "más de 2000" o "el 50%, que no se va"; son sujetos anónimos mientras que los nombrados por apellido son los hospitales psiquiátricos. Construidos como excedente respecto del espacio físico -y social- en disputa, son "enajenados" de la condición de sujetos sociales. Y de otro modo, la identidad de sujetos carenciados sustituye la universalidad de los derechos.

b.- Psiquiátricos y delincuentes (Cuadro3)

Aunque el anuncio habla del cierre de los actuales establecimientos, en algunos enunciados con el objeto de describir "al Borda y al Moyano" por su población, se hablará de "enfermos psiquiátricos" o de "pacientes psiquiátricos" y de "delincuentes". Estas denominaciones reúnen el orden psiquiátrico con el (des)orden penal, haciendo mención a sus objetos discursivos: cárcel, y delincuencia en la delimitación propuesta, y también como forma de especificación, al articular el plano de lo mental, enfermedad y delincuencia con la condición de presos. Se destaca en esta modalidad de designaciones que retoma la construcción alienista, un sentido que opera, en las actuales condiciones de enunciación, como razón válida tanto para proponer el cierre de efectores debido a que "atienden/albergan delincuentes", en el discurso del anuncio; como, por lo mismo, justificar la internación psiquiátrica, en la posiciones contrarias.

Cuadro 3

Designaciones	Delimitación	especificación	Contigüidad
En el Borda además hay una cárcel donde se interna a los <u>presos con desórdenes mentales</u> . (CI, 2/4/08)	Penal	Mental	Desorden - Cárcel
Consultado sobre el futuro de los hospitales Moyano y Borda, que hoy atienden a <u>enfermos psiquiátricos y a delincuentes inimputables</u> , Macri adelantó que se cerrarán en dos años. (LN 2/4/08)	Psiquiatría- Penal	Enfermedad- delincuencia	El futuro de los hospitales - Se cerrarán en dos años

c.- Internados crónicos (Cuadro 4)

Otro modo de designar a los "pacientes" es como "internados crónicos", expresión que emerge con distintas delimitaciones, como se observa en el cuadro 4 y que remite a la tradición epistémica de la Historia Natural de Enfermedad (HNE) en la cual la cronificación es una de las posibilidades de la evolución de una enfermedad cualquiera. En esta tradición por otra parte, la cualidad de crónico designa una consecuencia como si fuera propia de la evolución. Se niega o se desconoce de esta manera, la iatrogenia, el efecto producido por la internación despojada de sentidos transformadores. Y nuevamente, la cantidad de "internados crónicos" se enuncia como causa de los problemas de atención "permanentes" responsabilizando implícitamente a los pa(de)cientes ante la sociedad. La dimensión temporal es central en esas denominaciones; lo crónico, lo permanente, el plan, la atención primaria remiten a un tiempo previsible y constante contrario o mitigante del sentido de incertidumbre como categoría temporal y social, de inseguridad. Sin embargo, el enunciado genera la idea de que la cronicidad podría ser anulada por el deseo o por la decisión del gobierno.

Cuadro 4

Designaciones	delimitación	especificación	Contigüidad
"A pesar de que la gran mayoría de los especialistas en salud mental y las leyes vigentes afirman esto, en la Ciudad seguimos teniendo <u>pacientes internados crónicamente</u> ", sostuvo (Pág.gob; LN 1/4/08)	Salud mental - leyes	Ciudad - Tiempo de lo crónico	Especialistas - Internados
El gobierno de Macri presento un plan de reformas que busca terminar con los <u>internados crónicos</u> (volanta, CI, 2/4/08)	Política de gobierno	Plan de reformas	Terminar con [ellos]
Con <u>más de 2.000 internados crónicos</u> , hay problemas de atención permanentes, ... (CI, 2/4/08)	Numérica	Atención	Crónicos- Problemas permanentes
Lemus explicó: "Queremos resolver el 75% a 85% de los casos con <u>atención primaria</u> , que no haya internados crónicos" (CI, 2/4/08)	estadística	Atención primaria	Que no haya...

d.- El que puede pagar y los asilados (Cuadro 5)

Una designación recurrente es la que vincula sujetos y lugares. A través de la expresión "personas asiladas" se delimita una faceta más del problema social de los que, a diferencia del "que puede pagar", no pueden hacerlo. El valor negativo del juicio recae sobre el sujeto de la tercera persona del plural, dejando afuera la responsabilidad; es decir, no hay un responsable actual más allá de la obra del tiempo sobre los edificios. El enunciador (de la cita en discurso directo) es quien "califica", a la vez que se distancia políticamente, por la distancia temporal con una arquitectónica del siglo XIX, con la obsolescencia, con eso pasado y agotado, con lo vergonzoso.

Cuadro 5

Designaciones	Delimitación	especificación	Contigüidad
calificó de "vergüenza ver cómo viven las <u>personas que están asiladas</u> en edificios obsoletos, que son del siglo XIX" (Pág.GCBABA; LN 1/4/08))	Jurídica Arquitectónica	Modo de vida asilo	Edificios obsoletos, del siglo XIX
Macri destacó que la internación psiquiátrica en la ciudad corresponde a "un modelo asilar, ya agotado" y señaló la "injusticia de que <u>el que puede pagar</u> tiene acceso al sistema privado" de atención, mientras que los establecimientos públicos presentan "una estructura edilicia obsoleta, con edificios que datan del siglo XIX" (P. 12, 2/4/08)	Jurídica Económica Arquitectónica	Modelo asilar agotado – acceso al sistema privado	Estructura edilicia obsoleta Edificios que datan del siglo XIX

La delimitación económica se articula a la jurídica como "injusticia", por la diferencia entre las dos clases de personas, las que tienen acceso al sistema privado y las asiladas en establecimientos públicos, también denominados "internados".

e.- Personificación por contigüidad

El otro, ese de quien se habla, es ubicado con respecto a los establecimientos en una relación de contigüidad. En las calificaciones que se hacen de los establecimientos incluidos en el anuncio, se mencionan algunas de las funciones: internación, encierro, asilo; y sus rasgos arquitectónicos: por sus carencias, o por ser edificios obsoletos. Estas descripciones delimitadas desde la arquitectura, la economía, y la política, permiten sustentar tanto los argumentos favorables al anuncio gubernamental, como a contraargumentos que lo cuestionan o se diferencian. Con estos fines también se los nombra de distinta forma: Hospitales Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros, Hospitales, o por su *nombre, propio-vulgar*, como Borda y Moyano. Este último caso revela un procedimiento de

personificación que tiende a atenuar la función institucional¹³. Si bien la figura de personificación es una metonimia, es decir que se utiliza una entidad para referir a otra relacionada con la primera; o incluso una sinécdoque puesto que se utiliza una parte del nombre completo, es significativo que la parte nombrada sea un apellido. De allí que hablamos de personificación, según la definición de Lackoff y Johnson, como un tipo de metáfora ontológica en la cual "atribuimos cualidades humanas a cosas que no son humanas" (Lackoff, Johnson, 1991: 73) tomando en cuenta asimismo que el procedimiento continúa con la asociación de los rasgos que describen o califican a los efectores, a las personas "internadas". La personificación por contigüidad resulta así, un procedimiento de doble dirección.

Respecto de los nombres de los efectores, llama la atención que mientras "el Moyano" se denomina Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano¹⁴, "el Borda", según la página de la ciudad, se denomina Hospital de Salud Mental J. T. Borda¹⁵; y según el cartel de la entrada, profesionales y otras fuentes se denomina Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda¹⁶. El modo abreviado que utiliza la prensa no deja de operar una homogeneización de las diferencias que la opción por uno u otro nombre dicen respecto de la tradición neurobiológica a la que los nombres de los médicos Braulio Moyano y Tiburcio Borda aluden, como tampoco toma en cuenta los intentos de instituir otras perspectivas al llamar "interdisciplinario y psicoasistencial" a "El Borda", o mantener la denominación en el caso de "El Moyano".

¹³ Ya nos hemos referido en el capítulo 4 con relación al discurso de la planificación, a otro procedimiento para atenuar dicha función, la construcción metafórica que lleva a interpretar a las instituciones como edificios y a estos como recipientes.

¹⁴ <http://www.hospitalmoyano.org.ar/>

¹⁵ http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/ficha.php?id=6

¹⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_Borda

5.4. De-construcciones

Observaciones finales

El análisis de las formas de designar al sujeto, objeto de internación y de las acciones implicadas en el anuncio, presentan continuidades con las categorías históricas de la degeneración, a través de las designaciones de la cronicidad, y la criminalidad. En segundo lugar, el predominio de la acepción de 'pacientes' sustenta el marco técnico médico de las escenografías periodísticas, sitúa a los sujetos en el papel de objetos del sistema –de salud, aunque principalmente desde la enfermedad- y de las opiniones y decisiones de los sujetos no-pacientes.

Una característica especificadora de los sujetos es la cualidad de carencia social, y su numerosidad social excedente. Entre estas especificaciones podemos distinguir dos tipos, las que remiten a un sistema de oposiciones sociales ("el que puede pagar" y "los asilados"), y las que establecen una oposición entre lo social y lo patológico (como al referirse a las "personas sin recursos" o que "sufren problemas más cercanos a las carencias sociales que a los sufrimientos mentales"). En todos los casos el sentido de las mismas se asocia con el exceso de población respecto de las instalaciones.

Las designaciones halladas en las crónicas responden a articulaciones del discurso técnico y disciplinar (médico-psiquiátrico) con la discursividad de la época en la que la incertidumbre reactualiza significaciones de peligrosidad y de carencia ("psiquiátricos y delincuentes"). De esta forma, las denominaciones, y sus delimitaciones constituyen un índice ideológico de formas marcadamente discriminatorias, más precisamente de discriminación negativa. Tanto como (id)entidades semejantes y contiguas a los edificios, o como objetos de derivación en un caso, y excedente en otro, personifican los valores negativos que sustentan representaciones sociales deshumanizantes.

La cristalización de atributos de cualidad moral negativa en la identidad social que se torna ausencia de identidades-sujeto positivas, se produce al mismo tiempo que la negación de una identidad común a nosotros. Podemos advertir además, que la modalidad de la noticia ejerce, a través del ataque a la identidad, una de las peores formas de violencia; según Vasilachis (2004):

La violencia que, según he observado, generan las noticias se clava como una espina tanto en el corazón de quienes la experimentan y sienten atacada su identidad, como en el de aquellos otros que producen esas noticias, porque toda violencia ejercida sobre otros niega la común identidad con ellos y, al hacerlo, el que niega ejerce violencia sobre sí mismo.

Las peores formas de violencia son aquellas a través de las cuales se les desconoce a los seres humanos el derecho a que su identidad esencial les sea reconocida. Por eso, es violenta la negación de esa identidad que se realice por todo medio, aun por aquellos que todavía, hoy, no se considerarían como violentos. Por eso es violento que se estime a la razón centrada en el sujeto como el atributo substancial del individuo y que se juzgue, por ende, que son superiores o mejores quienes la han desarrollado y se precian de recorrer caminos que otros no pueden reproducir. Es violento que no pueda mencionarse la capacidad, la necesidad y la sed de trascendencia del individuo y se considere como vida solo aquella que termina con la muerte.

Es por igual violento que se cercene la libertad de las personas cargándolas de cadenas que deben arrastrar. Esas cadenas no son de hierro pero pesan aún más porque atan al hombre y a la mujer a necesidades y a urgencias que les impiden elevarse hasta alcanzar su total y completa identidad.

Es violento que algunos se arroguen el derecho de expresar y de resolver qué desean, qué buscan, a qué aspiran, quiénes son y hacia dónde deben ir aquellos que están más necesitados. (Vasilachis, 2004:113)

Según la autora, el discurso discriminatorio tiene un núcleo cognitivo para justificar el rechazo, la negación, el aislamiento, que consiste en esencializar la diferencia respecto de un 'nosotros', mostrando como esenciales las diferencias que se predicen textualmente como existenciales

Nos hemos referido principalmente a las formas de designación que se relacionan con la subjetividad de la época, abarcando los fenómenos de identidad, identificación, y principalmente contraidentificación. Hemos distinguido cinco formas de nombrar a los sujetos de la enfermedad mental en los que destacan acentos negativos vinculados a especificaciones sociales, penales o patológicas, y homogeneizaciones sociales también vinculadas a la carencia y la peligrosidad, que evocan la "...oposición de dos formas ancestrales (de representación de) la locura: la de la inocencia y la de la maldad" (Jodelet, 1986:15) En el contexto actual, estos modos de designación basados en la negación, comprenden a la figura de carenciados y sin recursos de vivienda y trabajo, implicando una condición de trabajadores que no trabajan; y en otro momento, los "pacientes" son identificados por contraste con otras categorías designacionales: trabajadores, especialistas o expertos, gente (ciudadana). Esto ocurre también en la categoría actual de discapacidad que se define en los manuales como *trastorno*, e implica en términos socio-económicos un déficit de rendimiento. Como hemos visto en el capítulo 3, aun en la apelación a sentimientos de compasión, la asimetría presente en estas formaciones tiende más que a la desinstitucionalización a un refuerzo de posiciones que podríamos considerar "reinstitutionalizante".

El análisis de las formas de denominación ha requerido de una deconstrucción de presupuestos que operan en la memoria hegemónica, posibilitada por un marco enunciativo que incluye cambios y reposicionamientos identificatorios. En este sentido, son destacables los ejemplos¹⁷ de intentos, desde sus prácticas, por instituir otras formas de nombrar comprometidas con lo que denominamos la "nosotredad": los/as integrantes del Frente de artistas del Borda (FAB) se denominan artistas (poetas, actores, etc) es decir por las actividades que desarrollan, en un ámbito que las propugna. Los/as integrantes de la Radio "La colifata" se denominan a sí mismos "colifatos/as" asumiendo el nombre de un lugar propio de enunciación, en tanto voz, y en tanto medio.

¹⁷ Cuyas voces respecto de la planificación hemos considerado en el capítulo 4

Por último, respecto del modo de llamar a los establecimientos a cerrar, notamos que además de homogeneizarlos, la forma más frecuente de denominación es la de "hospital psiquiátrico"; bajo esta denominación coexisten sentidos, y funciones incompatibles: como hospital, es un efector de salud, y se asocia con un derecho humano; como psiquiátrico o neuropsiquiátrico, representa el orden psiquiátrico heredero de la institución del alienismo. Esta formación híbrida permite por un lado, neutralizar los cuestionamientos al dispositivo de institucionalización y encierro en nombre de la defensa del hospital; y por otro lado, clausurar en nombre de un cambio de dichas condiciones, el debate deliberativo acerca de la apuesta por la conformación de discursos y "... movimientos contrahegemónicos capaces de constituir sujetos públicos comprometidos con nuevos modos de vida" (Silva Paim, 2011: 11)

5.5. Bibliografía

- Alarcón, R. (2009): "Hacia la globalización de los sistemas diagnósticos en psiquiatría?" Editorial en *Revista Salud Mental*, vol. 32, N°2, marzo-abril. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México. 91-92. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58212275001.pdf>
- American Psychological Association -APA (1994): Manual DSM IV. Disp. en: <http://es.scribd.com/doc/7237948/Medicina-Psiquiatria-Dsm-IV-Manual-Diagnostico-y-Estadistico-de-Los-Trastornos-Mentales> subido en 2008
- Appadurai, A. (2001): La producción de lo local. En *La modernidad desbordada*. Ed. Trilce-FCE, Montevideo, Buenos Aires. Pp.187-207
- Autier-Revuz, J. (1984): Heterogeneidad(es) enunciativa(s). *Langajes* N°73.
- Bajtín, M. (2000): *Yo también soy (Fragmentos sobre el otro)*. Ed. Taurus. La huella del otro. México.
- Butler, J. (2006): *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Colección Espacios del saber. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Castel, R. (2004): *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?* Ed. Manantial. Buenos Aires.
- Castoriadis, C. (2001): "Imaginario e imaginación en la encrucijada". En *Figuras de lo pensable*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires
- Dalmasso, T.; Andacht, F.; Fatala, N. (2010): Presentación En *Tiempo, Espacio e identidades*. Nueva Colección, de Signis 15. Directora Chauvel, L. Ed. La Crujía. Buenos Aires. Pp. 7-10.

Díaz, C.; Jure, M.; Pérez, K. (2007): "Externación: ¿Libertad y Trabajo?" en *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación*. 2007. Publicaciones de la Facultad de Psicología –UBA. Buenos Aires. Pp.77-78

Foucault, M. (1976): *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo II Tercera parte. Breviarios del Fondo de Cultura Económica. México.

..... (1996): La crisis e la medicina o de la antimedicina (Cap. 6) e Historia de la medicalización (Cap. 7) en *La vida de los hombres infames*. Ed. Acme. Buenos Aires. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/52883515/6/La-crisis-de-la-medicina-o-la-crisis-de-la-antimedicina>

..... (1999): *La arqueología del saber*. Ed. Siglo XXI editores.

García, M. (2006): Contar (nuestra) Misión(es). Massmediación, memoria, comunidad, identidad. *Ponencia en VIII Congreso ALAIC*, S. Leopoldo, Brasil.

Gómez, P. (2001): Imaginarios sociales y análisis semiótico. Una aproximación a la construcción narrativa de la realidad. En Cuadernos N° 17, FHYCS, UNJu. 195-209. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/185/18501713.pdf>

Hernando, A. (2006): Arqueología y globalización. El problema de la definición del "otro" en la Postmodernidad. En *Complutum* vol.17, 221-234. Disp. en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=159900>

Jodelet, D. (1986): Loco y locura en un medio rural francés: una aproximación monográfica. En W. Doise et A. Palamonari; *L'étude des representation sociales*. Ed. Delachaux et Niestlé. París. Trad. Fátima Flores P. 1995, México.

Lakoff, G.; Johnson, M. (1991): *Metáforas de la vida cotidiana*. 2da Edición. Cátedra-Teorema. Ed. Madrid.

Mangueneau, D. (2009): *Análisis de textos de comunicación*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

..... (1997): *A Cena enunciativa* Cap 1 de *Novas tendências em Análise do discurso*. Pontes, 1997. Campinas.

Martín Barbero, J. (2002): *La globalización en clave cultural: Una mirada latinoamericana*. En *Actas del Encuentro Panamericano 2001 Efectos, globalismo y pluralismo*. Montreal.

Disponibile en: <http://www.er.uqam.ca/nobel/gricis/actes/bogues/Barbero.pdf>

..... (1993): *La comunicación, centro de la modernidad. Una peculiar relación en América Latina*. Revista *Telos –Fundesco*, N°36 Dic. `93-feb `94.

Silva Paim, J. (2011): *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Prigogine, I. (1997): *El fin de las certidumbres*. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile.

Todorov, T. (2003): *La conquista de América. El problema del otro*. Siglo XXI editores Argentina. Buenos Aires.

Vasilachis, I. (2004): *El lenguaje de la violencia en los medios de comunicación. Las otras formas de ser de la violencia y la prensa escrita*. CEIL-PIETTE. Disp. en <http://www.ceil-piette.gov.ar/areasinv/representaciones/reppub/l%20Vasilachis%201.pdf>

Vezzetti, H. (1985): *La locura en la Argentina*. Ed. Paidós.

Wolf, M. (1994): *Los medios de comunicación en la estructuración de la identidad colectiva. La coexistencia de lo contradictorio*. En *El horizonte de los Medios. Perspectiva global*. Informe anual de Fundesco, Madrid.

Zizek, S. (2001): Multiculturalismo o La lógica cultural Del capitalismo multinacional. En *Estudios culturales: Reflexiones sobre multiculturalismo*. Ed. Paidós, Buenos Aires. 137-188.

Zoppi Fontana, M. (2003): Identidades (in)formais: contradição, processos de designação e subjetivação na diferença. Em *ORGANON*. Vol 17, 35. Porto Alegre, UFRGS, pp245-282.

..... (2004): Nossa cidade, nossa casa, nosso jardim: as miragens do "cidadão comum". Em *Giros na cidade*. Rosângela Morello (Org.) Saber urbano e linguagem. Campinas: Laboratorio de Estudos Urbanos – NUDECRI/UNICAMP. P: 103-114.

Corpus de diários

Página 12, 2/4: La ciudad tendrá manicomios último modelo
<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-101697-2008-04-02.html>

Página del Gobierno de la Ciudad. Disponible en
http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/plan_s_mental.php [actualmente n/se encuentra]

Clarín, 2/4: El gobierno de Macri presentó un plan de reformas que busca terminar con los internados crónicos
<http://www.clarin.com/diario/2008/04/02/laciudad/h-04601.htm>

La Nación, 1/4: Proponen cerrar el Borda y el Moyano
http://www.lanacion.com.ar/informaciongeneral/nota.asp?nota_id=1000471

La Nación, 2/4: Macri prometió cerrar en dos años los hospitales borda y Moyano
http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1000650

A MODO DE CONCLUSIONES

Otro cierre

1.

En este trabajo de tesis hemos abordado discursivamente las perspectivas argumentativas y posicionamientos ideológicos que adoptó la prensa masiva sobre la política de salud mental (de y para la ciudad de Buenos Aires). A partir de este abordaje nos ocupamos también de indagar en las ideas que circulan alrededor de la locura o la enfermedad mental y la salud, en una zona de hegemonía que la prensa representa. Por medio de los procedimientos de análisis e interpretación, trabajamos sobre los discursos referidos e invocados en la creación de escenografías, los procedimientos retóricos, y los preconstruidos. Retomamos así las continuidades con la memoria histórica desde el dominio de actualidad y buscamos construir criterios de anticipación.

2.

Del análisis contrastivo entre los tres diarios que componen el corpus principal distinguimos tres orientaciones ante el anuncio del cierre de los establecimientos psiquiátricos y el nuevo plan de salud mental anunciado. Una posición favorable al anuncio oficial que opta por un *ethos* asociado con las cualidades de la dignidad y la ejecutividad, imagen de sujeto ejecutivo que se relaciona con el co-enunciador destinatario. La zona marcada positivamente incluye el prodestinatario, y un colectivo de identificación que abarca al gobierno, los ciudadanos, y los especialistas en salud mental en acuerdo con las leyes vigentes. La zona adversativa incluye “el modelo vigente” y el contradestinatario explícito que son “las sucesivas administraciones”. Se destaca el *pathos* que habla de “vergüenza de ver cómo viven las personas que están asiladas en edificios obsoletos”, y que cuestiona la “desidia”, contrapone el “abandono” a la acción con celeridad. En el diario *La Nación* que representa este posicionamiento, los objetos del anuncio, el cierre de los establecimientos y el nuevo plan, se presentan primero como una propuesta, luego como una promesa que supone la espera de un objeto deseado, y finalmente el desacuerdo presentado bajo la forma de “polémica”.

Un segundo posicionamiento de adhesión a la perspectiva del anuncio descrea respecto de la factibilidad de la propuesta oficial, y opta en favor de reformar los “hospitales” según lo determina la Justicia. En esta posición representada por el diario *Clarín*, el gobierno porteño con su anuncio pasa a quedar ‘en falta’ y próximo a la zona negativa que gira alrededor del desborde provocado por la cantidad de personas sin recursos que, teniendo el alta “no se van”.

El tercer posicionamiento parte también de adherir relativamente a la propuesta del gobierno de la ciudad, a la que el diario *Página 12* describe en términos de desinstitucionalización y descentralización, sin hablar de cierre. Se diferencia en la estrategia por no ajustarse a los parámetros, o estándares de Derechos Humanos planteados por los organismos internacionales de la Organización Panamericana de Salud (OPS), y la Organización Mundial de la Salud, (OMS).

En todos los casos los sujetos de los que se habla al describir las propuestas no hablan, su voz está ausente en la prensa.

El supuesto común que engloba lo que hemos denominado “desacuerdo hegemónico” en estas tres perspectivas es el tópico de los derechos humanos, en el que se enlazan la memoria de hechos recientes de nuestra historia como la lucha contra la dictadura militar, y las situaciones de privación de libertad enfatizadas por los informes del CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) en el año 2005 sobre la situación de las instituciones psiquiátricas. No obstante la voz que citan los diarios, y constituye uno de los discursos de autoridad, es la de los organismos internacionales (Organización Panamericana de Salud –OPS-, Organización Mundial de la Salud -OMS).

El conflicto aparece en la prensa como disputa por el espacio que ocupan los establecimientos “a cerrar”. La privatización y el interés inmobiliario componen los contraargumentos del cierre que el anuncio presenta como política de normatización del espacio de la ciudad. Si por un lado, el encierro psiquiátrico despoja a los pa(de)cientes de integrar espacios sociales; el cierre de los psiquiátricos, enunciado en un contexto de valorización económica del territorio urbano, sugiere un despojo material que no deja de remitir a su vez a la dimensión subjetiva del espacio simbólico y afectivo, negado en la organización social.

3.

A partir de las referencias legales que aparecen en la prensa sobre las internaciones en las instituciones psiquiátricas para sustentar los argumentos en torno al anuncio, distinguimos dos referencias que no se contraponen: las leyes locales y los estándares internacionales. En “el marco legal” de la C.A.B.A hallamos tres definiciones: a) “La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios”, e incluye entre los efectores al hospital monovalente, como es la institución psiquiátrica, y la internación involuntaria ante la presunción de riesgo (Ley 448 de la CABA, 2000).

b) La “desinstitucionalización progresiva”, pero a partir “de los recursos humanos y de infraestructura existente”, aunque indique también que “se implementarían modalidades alternativas de atención y reinserción” (Ley de Salud de la Ciudad N° 153). c) La *Constitución de la Ciudad* no habla de la internación, directa o específicamente sino de restringir y limitar la “privación de libertad” al “delito flagrante”; y establece la garantía de salud integral que contempla necesidades de vivienda, trabajo, educación, cultura y ambiente.

Los documentos que componen los estándares internacionales, analizados cronológicamente, permiten observar en la década 1970-1979, la contradicción entre establecer derechos con el estatuto de derechos humanos para personas con retraso o impedimentos, y el condicionarlos a las (im)-posibilidades de los países. Asumido este condicionamiento, “lo posible” se mantiene en los sucesivos textos, más instrumentales, como los *Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de Salud Mental* que considera que “El acceso a la atención de la salud, incluso la salud mental, es contingente y depende de los recursos humanos y logísticos disponibles”, este tópico vinculado a la economía no se retoma sino que queda implícito en lo sucesivo, manteniéndose en el criterio para la regulación de los tratamientos del período 1990-1999 con la recomendación de que sean los menos restrictivos posible. El diario *Página 12* que refiere a este cuerpo normativo, evoca más directamente a la *Declaración de Caracas*, de este período (1990-1999) respecto a priorizar el hospital general y los servicios comunitarios, nombrados como sistemas comunitarios, y a la *Declaración de Montreal sobre discapacidad intelectual* (2004) que dice “Asignar los medios económicos y administrativos necesarios para el cumplimiento efectivo de dichas leyes”. La orientación predominante respecto de la internación en estos documentos puede resumirse como tendencia a una “reducción de los ingresos involuntarios a las instituciones psiquiátricas, en especial, las internaciones de larga duración...” (OMS, 2006:34) y no la idea de cierre o eliminación del hospital psiquiátrico de los enunciados periodísticos. Dichos enunciados pueden hallarse en textos no

mencionados directamente, como la Ley 180 de Italia en 1978¹, que prohibía la construcción de nuevos manicomios y preveía el cierre progresivo de los que estaban en funcionamiento, cuyos ecos se leen en la Ley de Salud Mental de Río Negro 2440 de 1991, y en la reciente Ley Nacional de Salud Mental del año 2010 que deroga el Régimen de internaciones de la Ley 22914 del año 1983.

La referencia al discurso jurídico-legal evoca por un lado al discurso alienista y tutelar que representa contradictoriamente, la pérdida de derechos por razones de enfermedad mental; y por otro lado, remite a documentos legales producidos en mayor medida desde el último tercio del siglo XX en adelante, identificados con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. La repetición parafrástica de ciertos núcleos y referencias, aseguran continuidad y crean identidad con ella y entre los documentos. Las reformulaciones periodísticas se apoyan en esas referencias, pero, distanciándose de las orientaciones que sostienen, su función es el refuerzo normativo y la legitimación de la autoridad enunciativa sin plantear una reflexión respecto de los textos y de las condiciones para una desinstitucionalización.

4.

A partir de las escenografías técnicas que crea la prensa para responder, presentar y tratar la noticia de cierre y un nuevo "plan/modelo de atención de salud mental", analizamos el interdiscurso con la planificación poniendo atención a los procedimientos que restringen la interpretación, como la estructuración metafórica que tiende a construir la interpretación del dispositivo psiquiátrico según la figura del *recipiente*. La revisión de teorías de la planificación ha permitido delimitar el predominio de dos criterios, a veces combinados y a veces en disputa, provenientes de dos concepciones que distinguimos como gerencial y normativa.

¹ La prensa alude indirectamente a los procesos que dieron lugar a la promulgación de la ley 180 al hacer referencia a Basaglia; como hemos observado en las entrevistas del diario *Página 12* pero también en comentarios menos explícitos, en otras notas del diario *La Nación*.

La finalidad explícita de reformar o cambiar el modelo de salud mental, base de acuerdos, la finalidad implícita de redistribuir discrecionalmente el espacio urbano, y la finalidad política de normatización que enuncia la marginación de sectores con necesidades sociales y subjetivas, que se presentan como antagónicas, comparten una zona común de hegemonía. Esta zona comprende un dominio de conocimiento binario que deja afuera perspectivas diferentes; entre ellas las voces de quienes han logrado poner en práctica discursos y/o prácticas de la diferenciación. Al contrastar las notas de la prensa masiva con estas perspectivas mostramos también el contraste con puntos de vista que representan una resistencia a la captura que impone la lógica alienista de la institución psiquiátrica.

5.

Con el objetivo de aproximarnos al "sujeto de la enfermedad mental" en los textos de la prensa, analizamos las formas de nombrar a los sujetos -de los que se habla en relación con el hospital psiquiátrico-, e incluso a las instituciones mismas. Como carentes de autoridad enunciativa, aquellos de los que se habla, objetos de discurso, son seres desprovistos de condiciones subjetivizantes: edades, géneros, u otras cualidades: son los pacientes, o enfermos mentales, y sus diferentes designaciones relacionadas con el anuncio, los que en cada perspectiva argumentativa se asocian con categorías negativas. En efecto, observamos la contradicción entre la apelación al respeto por los/sus derechos humanos y a sentimientos de compasión o vergüenza que remiten a posiciones de asimetría que podemos considerar "reinstitutionalizantes".

La denominación de "pacientes", es la de uso más frecuente. Es un término clave de las escenografías técnicas de las crónicas porque aporta la voz de la medicina que habrá de delimitar el término de un modo lo suficientemente genérico como para operar el borramiento de la especificidad del malestar subjetivo. En general, las construcciones enunciativas que tratan el plan/modelo, sitúan a los sujetos en el papel de objetos del sistema -de salud-, y de las opiniones y decisiones de los sujetos no-pacientes, investidos de autoridad enunciativa. En un análisis más

detallado distinguimos cinco categorías de sujetos: las “personas sin recursos”, los “enfermos psiquiátricos y delincuentes”, “internados crónicos”, “el que puede pagar y los asilados”. La carencia social que aparece como una especificidad de las propiedades de cierta clase de sujetos, deviene, por medio de números y porcentajes, en la condición de desborde. Adopta dos modalidades: las que remiten a un sistema de oposiciones sociales (“el que puede pagar y los asilados”), y las que establecen una oposición de lo social con lo patológico (“personas sin recursos”).

La significación de desborde, relacionada con los déficits en la provisión de derechos sea en términos de políticas sociales o procesos estructurales; y la incertidumbre, como conciencia de la época y del futuro, componen las condiciones de enunciación que activan, ligado a la carencia, el imaginario de peligrosidad y las consecuentes formas discriminatorias presupuestas en la construcción: “enfermos psiquiátricos y delincuentes” que presentan continuidad con las categorías históricas de la degeneración, relativas a la cronicidad, y la criminalidad.

Los modos de designación basados en la valoración negativa, comprenden la figura de “carenciados” y la de “sin recursos de vivienda y trabajo”. Estas implican al igual que el contraste con otras categorías designacionales: trabajadores, especialistas o expertos, gente (ciudadana), una condición de trabajadores que no trabajan. Esto ocurre también, y más claramente en la categoría de “personas con discapacidad” utilizada ampliamente en los documentos normativos y en las notas y referencias que hace el diario *Página 12*. Si bien esta denominación que integra enunciados acerca del *derecho a ser (personas) tratadas con compasión y respeto*, habla de un *pathos* no directamente negativo, comparte la condición de carencia de las otras modalidades sobre las que observamos un discurso discriminatorio. Hallamos en esta denominación la particularidad de que tiene, por un lado, una relación de significado con la categoría de “trastorno” que utilizan los manuales de diagnóstico psiquiátrico al hablar de “discapacidad mental”, y por otro

lado, lleva la marca de la tradición gerencial y mercantil que asocia la "capacidad" (y su falta) con el valor social del "rendimiento".

Las identidades que se construyen son definidas por atributos subjetivos, de cualidad moral, mental, o social, negativa, y personifican valores negativos que sustentan representaciones deshumanizantes, sea por semejanza o contigüidad con los edificios, o como objetos de derivación o desborde. En las formas de designación de la prensa los sujetos, objetos del discurso, son descritos de manera deshumanizante, en cambio el modo en que las instituciones son nombradas (por sus nombres de prestigiosos médicos, o por el modo en que son referidos en la prensa) se corresponde con una metáfora de personificación. Dicho procedimiento tiende a personificar a la locura, y a la locura con el lugar.

Planteamos en esta tesis que el tratamiento del cierre y del nuevo plan/modelo presenta, en la materialidad de los textos una clausura del discurso al espacio psíquico de la subjetividad, así como una ausencia de identidades-sujeto positivas que excluye la identidad común del tipo de un *nosotros*. Esta negación se produce también, en la selección hegemónica de enunciadores que deja afuera voces y perspectivas alternativas. Nuestro trabajo contrastivo puso de relieve algunos de los puntos de vista excluidos en la prensa. Como hemos dicho, el estudio de estos discursos (artísticos, comunicacionales, psicológicos críticos e instituyentes) que proponen un régimen enunciativo diferenciador del dispositivo psiquiátrico es una línea de interés a profundizar para quienes aspiran a transformar sustancialmente los modos de pensar y actuar en salud.

ANEXOS

Nota: Se incluyen entre los anexos, materiales periodísticos y de difusión alternativa que si bien se hallan disponibles en internet, esta disponibilidad puede fluctuar. En cambio no incluimos el corpus jurídico porque está accesible en sitios oficiales así como en versiones impresas.

LA NACION.com

Proponen cerrar el Borda y el Moyano

Es en el marco del nuevo Plan de Salud Mental de la ciudad anunciado hoy por Macri; se calcula que el proceso culminará dentro de dos años

Martes 1 de abril de 2008

El jefe de gobierno porteño, Mauricio Macri, y el ministro de Salud, Jorge Lemus, presentaron hoy el nuevo Plan de Salud Mental para la ciudad que, entre otros aspectos, contempla el cierre de los hospitales neuropsiquiátricos Borda y Moyano.

"Queremos que Buenos Aires tenga un sistema de salud mental que garantice la dignidad de todos", destacó Macri al anunciar el nuevo plan en una conferencia de prensa.

El jefe de gobierno porteño también indicó que el modelo vigente "lleva muchas décadas de abandono".

El proyecto anunciado apunta a descentralizar la atención mediante la creación de centros de internación y hospitales de día, según un comunicado difundido por el gobierno porteño.

El plan, que se ejecutará en un plazo de 24 meses, prevé la construcción de diez centros de internación y 12 hospitales diurnos, así como la creación de un centro que recibirá a los pacientes y los derivará, según el diagnóstico.

Macri dijo que el actual modelo de salud mental "está agotado y lleva muchas décadas de abandono", y afirmó que "por eso se habla de esos centros como si hubiese una cárcel adentro".

El jefe de gobierno destacó, sin embargo, el "empeño, capacidad y compromiso" de los recursos humanos de esos centros de atención mental.

"A pesar de que la gran mayoría de los especialistas en salud mental y las leyes vigentes afirman esto, en la ciudad seguimos teniendo pacientes internados crónicamente", manifestó Macri en la conferencia de prensa que ofreció en el microcine de la sede gubernamental.

Siglo diecinueve. "Es una vergüenza ver como viven las personas que están asiladas en edificios obsoletos, que son del siglo XIX. La decadencia y la desidia de sucesivas administraciones llevaron a que los centros de salud estén hoy en condiciones precarias", declaró.

El Programa de Reforma del Modelo de Atención de Salud Mental recibirá y derivará a los pacientes según el diagnóstico, que será elaborado en un plazo máximo de 72 horas, a unidades de internación, hospital de día, centros de atención a las adicciones, consultorios externos, casas de medio camino o familias sustitutas.

En ese sentido, el gobierno porteño tiene previsto la construcción de 10 centros de internación y 12 hospitales de día, informó la cartera sanitaria. Los centros de internación tendrán capacidad para 48 camas, monitoreo por circuito cerrado, ventanales con aberturas y vidrios de seguridad, sin rejas, y espacios comunes compartidos.

Los hospitales de día, por su parte, permitirán un abordaje grupal e individual de los pacientes, y posibilitarán la inclusión de las familias en el proceso terapéutico.

Según las estimaciones del ministerio de salud, unos 500 pacientes serán atendidos en casas de medio camino y familias sustitutas. Las casas de medio camino tendrán capacidad para 18 residentes y entorno ambiental, similar a una casa de familia.

http://www.lanacion.com.ar/informaciongeneral/nota.asp?nota_id=1000471

La Nación. El gobierno porteño anunció un nuevo plan de salud mental

Macri prometió cerrar en dos años los hospitales Borda y Moyano

Planteó un sistema que promueve la "externación" de los pacientes; polémica

Miércoles 2 de abril de 2008 | Publicado en edición impresa

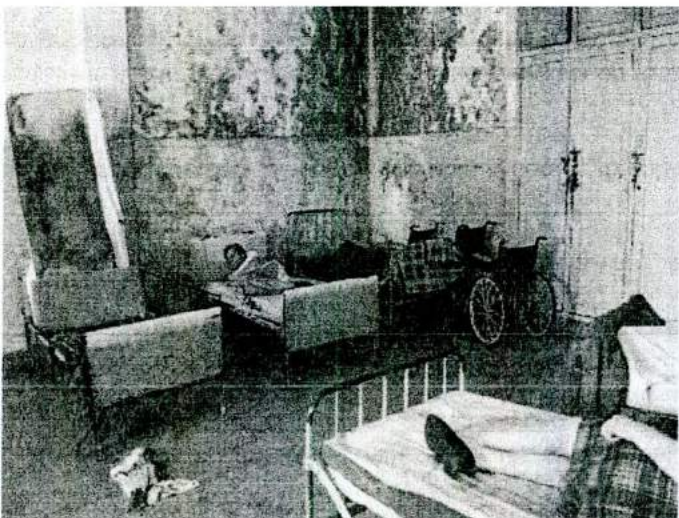


Foto 1: Por las deficiencias en el hospital Moyano intervino la Justicia y ordenó terminar un plan de obras

Foto 2: El Borda, con unidad penitenciaria

Aunque los beneficios que contenía el anuncio hacían prever que no iba a encontrar resistencias, la polémica no se hizo esperar. El jefe de gobierno porteño, Mauricio Macri, y su ministro de Salud, Jorge Lemus, presentaron ayer un nuevo Plan de Salud Mental, que promete la renovación integral de la atención en esa materia. Apenas conocido ese proyecto de desmantelamiento de los neuropsiquiátricos de la ciudad comenzaron a escucharse las primeras críticas.

El nuevo modelo supone la creación de un centro de evaluación y derivación de pacientes que atienda los primeros momentos de crisis; de diez centros de internación con un número acotado de camas y una estancia breve, y de otras modalidades terapéuticas como una docena de hogares de día, además de casas de medio camino y familias sustitutas para 500 personas.

"La situación actual es una vergüenza -asestó Macri-. Queremos que Buenos Aires tenga un sistema de salud mental que garantice la dignidad y respete los derechos humanos de los pacientes. Antes de los 24 meses vamos a pasar de este sistema anacrónico al nuevo modelo".

Consultado sobre el futuro de los hospitales Moyano y Borda, que hoy atienden a enfermos psiquiátricos y a delincuentes inimputables, Macri adelantó que se cerrarán en dos años. "Habrá que ver qué uso público se dará a esos espacios", dijo. Y las sospechas arreciaron.

"Vienen por las tierras de nuestros hospitales. No nos invitaron a participar de este plan, pero sí se fijaron en el gran negocio inmobiliario, en las grandes playas de estacionamiento, edificios y shoppings que pueden construir en esos terrenos", denunció el delegado de ATE en el hospital Moyano, Mario Muñoz.

"Repudiamos la actitud de los funcionarios que no invitaron a trabajar en el diseño de este plan a directores ni trabajadores que desde hace años se ocupan de la salud mental. Si quieren mejorar la salud de los pacientes, que tiren abajo las

murallas y permitan que la gente use esos espacios, antes de poner a los internos en la calle", agregó Muñoz, que trabaja en el Moyano desde hace 25 años.

-¿Tiene indicios de que haya un proyecto inmobiliario?

-Estamos absolutamente seguros de que van a intentarlo. Vamos a luchar por los pacientes sin voz ni voto.

"El plan comparte los estándares internacionales en cuanto a los derechos humanos, pero deben ser cuidadosos para evitar que los pacientes sufran el abandono que implicó la desinstitucionalización en los Estados Unidos, por ejemplo. Son ideas buenas, pero hay que ver cómo se llevan a la práctica, sobre todo cuando tercian intereses inmobiliarios", opinó el presidente de la Asociación de Profesionales del hospital infanto-juvenil Tobar García, Eduardo Friedman.

Según Friedman, las obras que están por concluir en el Tobar García, y costaron cerca de 20 millones de pesos, pueden ser una excelente inversión. Si se terminan, claro. Pero el futuro se ve incierto con este nuevo plan. "Si se interrumpe ahora va a tener contrasentido", dijo.

Cerca de 2000 son las personas que viven hoy en los dos neuropsiquiátricos porteños y más de la mitad de ellos sufren problemas más cercanos a las carencias sociales que a los sufrimientos mentales.

"No queremos volver al modelo asilar que arrastramos hasta hoy. La ciudad carece de abordajes terapéuticos que eviten la cronificación de los pacientes", dijo el ministro de Salud. Las reformas prevén una inversión de 160 millones de pesos.

La coordinadora docente y supervisora del Centro Dos, una asociación civil, la psicoanalista Isabel Carraro, fue completamente escéptica: "No le creo a Macri. Me parece que es un plan muy utópico. Poner de ejemplo a países con otra economía, altamente industrializados... La Argentina está lejos de copiar esos modelos", dijo y agregó: "Es una vergüenza cómo viven los pacientes en los hospitales, pero es un riesgo demasiado alto desactivar lugares con la idea utópica de que van a funcionar mejor. Lo que faltan son recursos."

**Por Cynthia Palacios
De la Redacción de LA NACION**

http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1000650

PÁGINA 12 SOCIEDAD | MARTES, 1 DE ABRIL DE 2008

PARA JAVIER VÁSQUEZ, EXPERTO DE LA OPS, LAS INTERNACIONES PSIQUIÁTRICAS VULNERAN LOS DERECHOS HUMANOS

“El hospital psiquiátrico debe eliminarse”

EL ESPECIALISTA EXPLICA POR QUÉ LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DEBEN SER “ERRADICADOS PAULATINAMENTE”. EL TRATAMIENTO DEBE HACERSE EN HOSPITALES GENERALES O SERVICIOS COMUNITARIOS. PROPONE INCORPORAR EN ESTE PROCESO DE REFORMA A “LAS PROPIAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL”.

POR PEDRO LIPCOVICH



PARA JAVIER VÁSQUEZ TODAS LAS INTERNACIONES DEBEN SER REVISADAS PERIÓDICAMENTE.

La erradicación de los manicomios ha dejado de ser tema de debate para constituirse en un mandato transmitido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de los pactos internacionales de derechos humanos. Así lo explica Javier Vásquez, especialista de la OPS, al señalar como “un problema central en América latina la pérdida de la libertad personal que conllevan las internaciones psiquiátricas”. A partir de criterios establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la OPS requiere: el traslado de la atención en salud mental desde el hospital psiquiátrico a los hospitales generales; la supresión o reducción al mínimo de la internación, reemplazada por la atención ambulatoria y, eventualmente, la residencia en casas comunitarias; para los que ya están internados, revisión de cada “privación de la libertad” por comisiones independientes. Sobre esas bases debiera promoverse el despoblamiento progresivo de las instituciones psiquiátricas, hasta su desaparición —destaca Vásquez, nacido en España, quien, en Buenos Aires, intervino en el Taller sobre Salud Mental y Derechos Humanos, con ministros de la Corte Suprema de la Nación—. Los protagonistas principales de este proceso deben ser “las propias personas con discapacidad mental: ¿quién podrá defender sus derechos mejor que ellos mismos?”.

–¿Por qué la OPS entiende que las normas internacionales sobre derechos humanos son un “instrumento esencial” en cuestiones de salud mental?

–Tomemos un problema central en América latina: la pérdida de la libertad personal que conllevan las internaciones psiquiátricas. El derecho a esa libertad debe protegerse por imperio del artículo 7° de la Convención Americana de los Derechos Humanos.

–Sí, pero muchos legos..., o muchos psiquiatras, aducirían que, lamentablemente, no hay más remedio que internar a esas personas por causa de su “enfermedad mental”.

–Primero, sí hay más remedio. Pero, aun en el caso de que una persona debiera ser internada, los Principios de Salud Mental aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas exigen que esa pérdida de libertad sea revisada, en cada caso y lo antes posible, por un organismo totalmente independiente de la dirección del hospital que internó a la persona.

–¿Cómo debe integrarse este organismo de revisión?

–Puede estar integrado por un trabajador social, un abogado especialista en salud mental y en derechos humanos, un miembro de la comunidad que tenga conocimiento de la problemática de la salud mental; en fin, la composición de este organismo de revisión no es estricta, lo importante es que sea multidisciplinario para que no sean sólo psiquiatras o sólo jueces los que toman las decisiones.

–¿Cómo debe funcionar este organismo?

–Con facultad para recibir pruebas, escuchar testigos, escuchar a la persona y a su representante legal; sin ser un órgano judicial, funciona con todas las garantías propias de la Justicia, y, finalmente, su decisión puede ser apelada ante un tribunal superior.

–La actuación de ese organismo debería alcanzar a todas las personas actualmente bajo internación psiquiátrica...

–Así es. Además, el organismo de revisión debe intervenir lo antes posible ante toda nueva internación. Y, si el organismo acepta que la persona quede internada, la revisión deberá reiterarse cada pocos meses, según la legislación de cada país.

–De todos modos, usted empezó por observar que “sí, hay más remedio” que la internación.

–Efectivamente, para que sea compatible con los estándares internacionales en derechos humanos, la atención en salud mental se organiza sobre la base de unidades descentralizadas, no ya en hospitales psiquiátricos sino en hospitales generales. En los hospitales debe haber servicios de salud mental, con camas, por si el paciente necesita pasar alguna noche. También debe haber atención de salud mental en las salas barriales de atención primaria. Y, para las personas con discapacidad mental que necesiten residencia,

hay que proveer servicios comunitarios como hogares sustitutos y casas de medio camino. Pero es inútil inaugurar este tipo de residencias si no forman parte de esa red que incluye al hospital general y el centro de atención primaria; de otro modo, la atención termina siendo absorbida por el hospital psiquiátrico.

–¿La OPS plantea que el hospital psiquiátrico no tendría lugar en la atención a la salud mental conforme a derechos humanos?

–La OPS y la OMS entienden que los hospitales psiquiátricos deben ser eliminados progresivamente, en la medida en que el Estado vaya creando alternativas de atención en hospitales generales y servicios comunitarios. Pero no deben ser suprimidos mientras no se cuente con esas modalidades; eliminarlos prematuramente sería desastroso. Ciertamente, junto con la instauración de las nuevas modalidades, los ingresos en los hospitales psiquiátricos deben reducirse y aumentar los egresos, de modo que se vaya reduciendo la cantidad de personas alojadas.

–Lo que usted plantea no es que ésta sea una alternativa terapéutica preferible a otras, sino que es la única acorde con los derechos humanos...

–Lo que plantean la OMS y la OPS es que oponerse a estos criterios es oponerse a una reforma de la salud mental sobre la base de los estándares validados internacionalmente en derechos humanos: es necesaria esta reforma para que la persona con discapacidad mental no sea discriminada en su derecho a trabajar, educarse, votar, formar familia, expresarse libremente, informarse; concierne a todos los derechos reconocidos.

–¿Qué actores sociales son imprescindibles para que la atención en salud mental pase a ser compatible con los derechos humanos?

–Esencialmente, deben participar los usuarios del sistema. Hace muy poco en Belice, ese pequeño país del Caribe, la OPS organizó talleres para negociar la política y legislación en salud mental, y unos 20 usuarios participaron en el mismo nivel que los funcionarios gubernamentales. No se puede hablar de los derechos del usuario sin que él esté presente en el momento de negociar políticas y planes de salud mental. Es importante entonces que se fortalezcan las asociaciones de usuarios del sistema de salud mental; no ya sólo con presencia de familiares, lo cual es relativamente más fácil, sino de los usuarios mismos.

–Pero muchos legos..., o muchos psiquiatras, podrían objetar que, por loable que sea esa intención, la enfermedad mental inhabilita a los pacientes para ciertos niveles de participación.

–La experiencia muestra que no es así. Hay distintos trastornos mentales y hay distintas capacidades; no toda persona con discapacidad mental es incapaz en todo momento y para cualquier acto jurídico. En muchos países hemos trabajado con líderes que son usuarios de salud mental; yo he participado en presentaciones ante parlamentos nacionales junto a usuarios, en plano de igualdad. En las negociaciones para la Convención de la ONU para

los Derechos de Personas con Discapacidad, que se efectuaron en Nueva York, hubo usuarios de salud mental que, representando a sus organizaciones, debatieron con 190 expertos para la redacción de un tratado internacional.

-¿Qué estrategia puede promover esa presencia de los usuarios?

-La OPS organiza reuniones específicas con usuarios en distintos países, procurando “empoderarlos” para que tengan participación efectiva en el momento de negociar planes y legislaciones. Los países donde esto se hizo fueron los que más avances tuvieron en sus sistemas de salud mental, y es comprensible: ¿quién podría defender los derechos del usuario mejor que él mismo?

LINK A LA NOTA:

<http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/sociedad/3-101631-2008-04-01.html>

SOCIEDAD › MACRI PRESENTA HOY SU PROPUESTA

PLAN DE SALUD MENTAL

El gobierno porteño presentará hoy un Plan de Salud Mental que impulsa desinstitucionalizar el sistema y prevé la descentralización de la atención mediante lugares de internación y hospitales de día, con el objetivo de rehabilitar y reinsertar en la sociedad a los pacientes.

La propuesta será presentada en una conferencia de prensa por el jefe de Gobierno, Mauricio Macri, y el ministro de Salud, Jorge Lemus. Según informó la cartera sanitaria, el plan prevé la construcción de un Centro de Evaluación y Derivación (CED) que recibirá a pacientes y los derivará, según el diagnóstico que se elabore, en un plazo máximo de 72 horas.

La derivación podrá realizarse a un centro de internación, un hospital de día, centros de atención a las adicciones, consultorios externos, casas de medio camino o a familias sustitutas, según sea la situación de los pacientes. El plan contempla la construcción de diez centros de internación y doce hospitales de día. Los centros de internación tendrán capacidad de 48 camas, monitoreo por circuito cerrado, ventanales y aberturas con vidrios de seguridad, sin rejas y espacios comunes compartidos.

En tanto, los hospitales de día permitirán un abordaje grupal e individual del paciente y posibilitarán la inclusión de las familias en el proceso terapéutico. Las

casas de medio camino y familias sustitutas tendrán capacidad de albergar a unos 500 pacientes.

Sociedad | Martes, 1 de abril de 2008

Resistencias y prejuicios

Por Pedro Lipcovich

¿Qué obstáculos suelen presentarse cuando se quiere adecuar la atención en salud mental a los estándares en derechos humanos?

– Los profesionales y el personal de los hospitales generales pueden estigmatizar esta atención y poner trabas a la constitución de servicios de salud mental. La OPS destaca que la salud mental debe atenderse en los hospitales generales, en la perspectiva de, paulatinamente, reducir y poner fin a la internación en establecimientos psiquiátricos.

– ¿Qué otros factores pueden retrasar la reforma de la salud mental?

– El prejuicio de la “peligrosidad”. Sostener que las personas con discapacidad mental van a presentar actitudes de violencia y que por eso no pueden estar en el hospital general, como los demás, vulnera los derechos humanos: las personas con trastorno mental son discriminadas sobre la base de una supuesta peligrosidad que ha sido desmentida totalmente por los datos de salud pública.

– La Constitución y la Ley de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires plantean algunos criterios compatibles con los estándares de derechos humanos, pero, según entidades de derechos humanos, no se han puesto en práctica...

– En muchos países, luego del importante paso de formular una ley que incorpore los estándares internacionales de salud mental, no se la ha puesto en práctica. Estas leyes deben ser implementadas incluyendo una orientación del presupuesto que priorice, no ya el hospital psiquiátrico, sino la atención primaria, el hospital general, los sistemas comunitarios. Y éstos deben estar bien separados del psiquiátrico; hemos visto casas de medio camino situadas a metros de un hospital psiquiátrico, a donde resulta demasiado fácil volver a buscar la atención en salud mental.

Link a la nota:

<http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/sociedad/subnotas/3-32026-2008-04-01.html>

2 DE ABRIL DE 2008

SOCIEDAD › EL MODELO DE SALUD MENTAL ANUNCIADO AYER POR MAURICIO MACRI CONTRADICE LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS

LA CIUDAD TENDRÁ MANICOMIOS ÚLTIMO MODELO

El jefe de Gobierno porteño anunció la creación de diez nuevos centros de internación psiquiátrica para 500 pacientes y el cierre de los actuales neuropsiquiátricos. La OMS recomienda que las personas con discapacidad mental sean atendidas en hospitales.



Por Pedro Lipcovich

El gobierno porteño anunció la creación de diez nuevos establecimientos de internación psiquiátrica cerrados, con capacidad para casi 500 pacientes, y el cierre de los actuales hospitales psiquiátricos porteños —cuyos predios se mantendrían como espacios públicos— en un plazo de dos años. Las medidas forman parte del plan de "Reforma del Modelo de Atención de la Salud Mental" en la ciudad de Buenos Aires, que incluye también la creación de un Centro de Evaluación y Derivación, que estaría ubicado en el centro geográfico de la ciudad, desde donde los pacientes serían enviados a los distintos establecimientos. Se anunció también la inauguración de doce nuevos hospitales de día y la creación de casas de medio camino para la externación de pacientes, aunque sin precisar su número ni el presupuesto que se destinaría a estas últimas. La inversión total prevista es de 169 millones de pesos. El plan contradice las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que priorizan la atención de la salud mental en hospitales generales y desalientan la construcción de nuevos establecimientos psiquiátricos.

El Plan fue presentado por Mauricio Macri, jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y Jorge Lemus, su ministro de Salud. Macri destacó que la internación psiquiátrica en la ciudad corresponde a "un modelo asilar, ya agotado" y señaló la "injusticia de que el que puede pagar tiene acceso al sistema privado" de atención, mientras que los establecimientos públicos presentan "una estructura edilicia obsoleta, con edificios que datan del siglo XIX".

Lemus explicó el "Nuevo Modelo" por el cual, desde las guardias hospitalarias, los centros de salud y los centros de salud mental, los pacientes irían al Centro de Evaluación y Derivación (CED), "que estará situado cerca del centro geográfico de la ciudad y atenderá las 24 horas del día —precisó el ministro—. En este centro, y dentro de un plazo de 72 horas, se efectuaría la orientación de cada paciente a una modalidad de tratamiento".

Una modalidad de tratamiento sería el alojamiento en un centro de internación. "El plan contempla la construcción de diez centros de internación, con capacidad de 48 camas cada uno, monitoreo por circuito cerrado, ventanales y aberturas con vidrios de seguridad sin rejas, dispositivos que el

ministro de Salud porteño denominó "contenciones arquitectónicas". Estos centros de internación "se distribuirán en las distintas regiones sanitarias en que se dividirá la ciudad", agregó Lemus. En cuanto a la duración de las internaciones, "pensamos que no superarán los 90 días", anticipó el funcionario.

–¿Por qué el plan anunciado no se atiene a los criterios de la OMS, que requiere la atención de la salud mental en hospitales generales y desalienta la construcción de nuevos lugares de internación psiquiátrica? –preguntó Página/12.

–Los planteos de OMS impulsan la desinstitucionalización, cosa que aceptamos –contestó Lemus–. Aconsejan la internación de pacientes psiquiátricos en hospitales generales de agudos, pero nosotros no contamos con las condiciones para lograr este objetivo. Los hospitales de agudos, muchos de los cuales tienen más de cien años, no tienen las condiciones adecuadas ni la contención que necesitan los pacientes psiquiátricos. Debemos hacer una transición y por eso abriremos estos centros, cuya modalidad permitirá externaciones rápidas.

El Plan también incluye otros dispositivos: "Se abrirán 12 nuevos hospitales de día, que ofrecen tratamiento a jornada completa, y se incluirán acompañantes terapéuticos", anunció el ministerio. Para la externación, se contaría con "familias sustitutas, a cada una de las cuales se asignará la tutela de un paciente con buen nivel de autonomía; también se incluirán, por primera vez en forma sistemática, acompañantes terapéuticos", anticipó Lemus, quien anunció también la creación de nuevas casas de medio camino –en las que convive un número reducido de personas con discapacidad mental–, si bien, interrogado por este diario, no precisó la cantidad de casas ni el presupuesto asignado a ellas.

En cuanto al tiempo que demandaría concretar el plan, Macri precisó: "Le he pedido al ministro que el nuevo modelo esté funcionando en un plazo de 24 meses". Tras ese lapso, los actuales establecimientos psiquiátricos "quedarán desafectados de la actividad; se verá qué destino se les asigna, manteniéndolos como espacios públicos".

Lemus agregó que "en cuanto a los más de 2000 pacientes internados en el Borda, el Moyano y el Tobar García, estudios previos muestran que más del 50 por ciento está por problemas sociales, no psiquiátricos; otros se beneficiarían con otros tratamientos distintos a la internación".

En cuanto a la financiación del plan en su conjunto, Lemus aseguró que "cuenta con partidas presupuestarias, no sólo para este año sino para el que viene; solamente lo que íbamos a invertir este año en refaccionar pabellones de los hospitales psiquiátricos cubre buena parte de los costos". Macri precisó que "se invertirán 169 millones en el nuevo plan".

El ministerio anunció que el plan "fue presentado a la Academia de Medicina, la Asociación Médica Argentina, la Asociación de Médicos Municipales, la Federación Médica de la Capital Federal (Femeca) y la OPS, entre otros". Un vocero de la OPS aclaró a este diario que la entidad "no recibió todavía por escrito el plan y no formula opinión respecto del mismo".

[HTTP://WWW.PAGINA12.COM.AR/DIARIO/SOCIEDAD/3-101697-2008-04-02.HTML](http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-101697-2008-04-02.html)

SUBNOTAS

SOCIEDAD

LOS EJES DEL NUEVO MODELO

- El plan prevé la creación de diez nuevos establecimientos de internación psiquiátrica.
- Los hospitales Borda, Moyano y Tobar García quedarían desafectados en el término de dos años; los predios se mantendrían como espacios públicos.
- Se crearía un centro de diagnóstico y derivación en salud mental unificado para toda la ciudad.
- Se anuncia la creación o incremento de dispositivos de rehabilitación como casas de convivencia para externados, familias sustitutas, acompañantes terapéuticos, hospitales de día.
- No se prevé incorporar servicios y guardias de salud mental –incluidas internaciones breves– en hospitales generales.

La OMS –y, para América, la OPS– otorga prioridad a la inclusión de servicios de salud mental en hospitales generales; alienta la descentralización y desalienta la creación de lugares de internación; sostiene las casas de convivencia y otros dispositivos de rehabilitación; este sistema hace posible la extinción paulatina de los hospitales psiquiátricos. (Fuente: "Políticas y servicios en salud mental"; www.who.int/mental_health/resources/publications/en/)

[HTTP://WWW.PAGINA12.COM.AR/DIARIO/SOCIEDAD/SUBNOTAS/101697-32079-2008-04-02.HTML](http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/101697-32079-2008-04-02.html)

“INCUMPLE LA LEY DE SALUD MENTAL”

■ Por Pedro Lipcovich

“El gobierno porteño pretende generar nuevos ‘micromanicomios’”, sostuvo un representante del Consejo General de Salud Mental –creado por la Ley 448 de Salud Mental porteña y que no habría sido consultado para la elaboración del nuevo proyecto–. En esta óptica, el gobierno “incumple la Ley de Salud Mental y la Constitución de la ciudad”. El representante del Consejo afirmó que el plan fue elaborado “de acuerdo con el establishment médico”, al que acusó de “impedir la incorporación de servicios de salud mental en los hospitales generales”, como lo requiere la OMS y lo plantea la Ley de Salud Mental.

El Consejo General de Salud Mental reúne a numerosas instituciones, entre ellas las asociaciones de Psicólogos, de Psicopedagogos, de Terapistas Ocupacionales, de Musicoterapeutas, las asociaciones psicoanalíticas APA, APDeBA y EFBA, la Asociación de Profesionales del Alvear y la Asociación de Médicos Municipales (filial Borda), entre otros.

Según Angel Barraco, uno de sus representantes –quien además, como asesor de la Legislatura porteña, fue miembro redactor de la Ley 448–, los diez centros de internación anunciados por el gobierno porteño “son nuevos micromanicomios; el encierro, los vidrios blindados, el monitoreo por circuito cerrado delatan la prevalencia de un criterio de ‘peligrosidad’ del internado y rompen con un criterio esencial de la ley y de la propia Constitución de la ciudad, como lo es el de instituciones abiertas”.

Barraco destacó que “tal como lo establece la OMS, la atención en salud mental debe trasladarse a los hospitales generales y a dispositivos de tipo comunitario. Pero, en la ciudad de Buenos Aires, el establishment médico resiste la incorporación de camas de salud mental en hospitales generales. Distintas gestiones de gobierno lo intentaron y no pudieron: el ex ministro de Salud porteño Alberto de Micheli lo intentó, primero, cuando era director del Hospital Tornú; tenía ya la sala preparada, pero no pudo ponerla en funcionamiento por presión de la corporación médica; después, ya como ministro, volvió a intentarlo para los hospitales, y tampoco pudo”.

Según Barraco, “para elaborar su nuevo plan, el gobierno de la ciudad no consultó al Consejo General de Salud Mental, pese a lo que requieren los artículos 6º y 7º de la Ley 448, y, en cambio, acordó sólo con la Asociación de Médicos Municipales, Femeca y otras instituciones pertenecientes al polo médico. En los hechos, el plan considera la salud mental como patrimonio exclusivo de la medicina”.

“En esta misma línea –agregó Barraco–, no se han puesto en funcionamiento las guardias interdisciplinarias en salud mental, que la ley establece para los hospitales generales, pese a que se había llamado a concurso para ponerlas en marcha; pero el establishment médico se resistió a la presencia jerarquizada de profesionales médicos y se opuso, nuevamente, a que en los hospitales generales se atienda el padecimiento mental.”

El representante en el Consejo también denunció que, “ya antes de la presentación de este plan, el actual gobierno de la ciudad redujo el nivel de la anterior Dirección General de Salud Mental, que bajó a Dirección de Salud Mental: éste no es un mero cambio burocrático: ahora, ni los hospitales psiquiátricos ni los centros de salud mental dependen de ella, actúan de manera desarticulada y la

autoridad del área no puede generar políticas ni lineamientos. Como dirección general, los hospitales psiquiátricos y centros de salud estaban en su órbita"

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/101697-32078-2008-04-02.html>

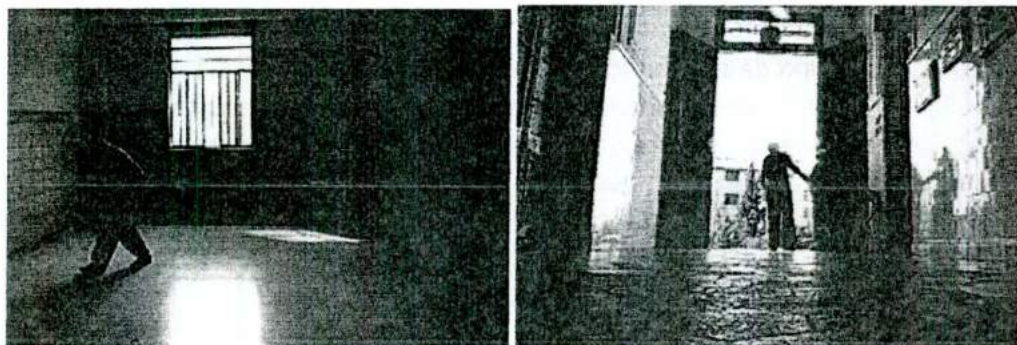
LA CIUDAD

EL GOBIERNO DE MACRI PRESENTO UN PLAN DE REFORMAS QUE BUSCA TERMINAR CON LOS INTERNADOS CRONICOS

Salud mental: quieren cerrar en dos años el Borda y el Moyano

Los hospitales psiquiátricos están colapsados y con obras sin terminar.

Por: Pablo Novillo



El Gobierno porteño presentó ayer su plan para reformar el sistema de atención de Salud Mental, por el cual pretende tratar a los pacientes en niveles primarios y evitar las internaciones prolongadas. Por eso, planea **cerrar los neuropsiquiátricos Borda y Moyano** en dos años y darles a los edificios otros usos públicos.

La situación de ambos hospitales es desastrosa desde hace años. Con más de 2.000 internados crónicos, hay problemas de atención permanentes, en gran parte por el pésimo estado de los centenarios edificios. De hecho, diferentes recursos de amparo judiciales ordenaron **medidas urgentes** para los cuatro hospitales neuropsiquiátricos de la Ciudad: el Borda, el Moyano, el infanto-juvenil Tobar García y el Alvear, que atiende urgencias.

En el Moyano, por ejemplo, la Justicia ordenó clausurar y **refaccionar ocho pabellones**, cinco de los cuales fueron reparados. En el Alvear, muchos pacientes tenían que dormir en el piso y fueron trasladados por orden judicial. En el Borda además hay una cárcel donde se interna a los **presos** con desórdenes mentales.

Es que el sistema -pese a lo que dice la ley N° 448 de Salud Mental, sancionada en 2000- tiende a generar internaciones largas, algunas de varias décadas. Así, los hospitales desbordan. Y como a estos centros llegan generalmente **personas sin recursos**, en la Justicia estiman que hay entre 400 y 450 pacientes que ya tienen el alta pero no se van porque no tienen **hogar ni trabajo**.

Además de los cuatro neuropsiquiátricos, la red se completa con cuatro centros de atención primaria (dos de ellos, especializados en adicciones a drogas) y servicios de atención de salud mental en los hospitales. En total, el sistema público recibirá **más de 1,3 millón de consultas por año**.

En la presentación del plan hablaron Mauricio Macri y su ministro de Salud, Jorge Lemus. "La situación actual es una vergüenza, una falta de respeto a los derechos humanos de los pacientes y los trabajadores. Invertiremos \$ 160 millones en las obras necesarias para que el nuevo sistema esté en marcha en dos años", afirmó Macri. Luego, Lemus explicó: "Queremos resolver el 75% a 85% de los casos con **atención primaria**, que no haya internados crónicos". La situación es tan caótica que en el Ministerio de Salud **no supieron responder cuántas camas** de internación tienen el Borda y el Moyano.

El plan consiste en la creación de un Centro de Evaluación y Derivación. Allí se recibirá a los pacientes que lleguen derivados desde los centros de salud o los hospitales. En no más de tres días, los especialistas deberán decidir qué tipo de atención deberán recibir y dónde. Según le dijo Lemus a **Clarín**, la intención es construir entre 8 y 10 centros de internación con 48 camas y donde la gente se quedaría, como mucho, tres meses.

Luego serán derivados según su patología: prometen hacer 24 "casas de medio camino" con capacidad para 18 personas cada una, y diez hospitales de día. También, armar un padrón de familias sustitutas. Con estas modalidades se podrían atender a unas 500 personas. Y se buscará que todos se puedan reinsertar en la sociedad lo antes posible.

Si el plan se concreta el Borda y Moyano perderían su utilidad (al Tobar García, que sólo tiene 60 camas, **se lo mantendrá**) y serían cerrados. "Decidiremos en su momento qué uso darles", dijo Macri. Lemus agregó que "tendrán un aprovechamiento público, no serán parte de una especulación inmobiliaria".

Miembros de la red de salud mental tienen dudas. El doctor Diego Friedman, jefe de Psiquiatría Ambulatoria del Tobar García, comentó: "Está bien que planteen un cambio y obras, pero antes deberían **terminar las que tienen en marcha**, como los consultorios externos del Tobar, que son los que permiten darles el alta a los internados y seguirlos en forma ambulatoria".

Desde la Justicia, Gustavo Moreno, asesor tutelar en lo Contencioso Administrativo (participó en los diferentes amparos contra los neuropsiquiátricos), afirmó que "no pasa por anunciar planes; si se cumpliera con la ley de Salud Mental alcanzaría. Las obras en los hospitales están atrasadísimas y falta personal".

<http://edant.clarin.com/diario/2008/04/02/laciudad/h-04601.htm>

<http://www.clarin.com/diario/2008/04/02/laciudad/h-04601.htm>

Se invertirán 160 millones de pesos

Presentación de un nuevo modelo de atención de la salud mental

El jefe de Gobierno porteño, Mauricio Macri, y el Ministro de Salud, Jorge Lemus, presentaron el nuevo Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, que apunta a la desinstitucionalización del sistema y a descentralizar la atención mediante la creación de centros de internación y hospitales de día para lograr la rehabilitación y reinserción social de los pacientes.

"Queremos que Buenos Aires tenga un sistema de salud mental que garantice la dignidad de todos y respete los derechos humanos de los pacientes", subrayó Macri al anunciar el nuevo plan, en una conferencia de prensa realizada en la sede comunal.

La ejecución del nuevo plan tendrá un plazo de 24 meses, se invertirán 160 millones de pesos e incluye la desactivación de los hospitales neuropsiquiátricos Borda y Moyano que, no obstante, serán para uso público.

Macri señaló que es un modelo que "está agotado y que lleva muchas décadas de abandono", por cuanto se habla de esos centros "como si hubiese una cárcel adentro". El jefe de Gobierno rescató, sin embargo, el "empeño, capacidad y compromiso" de los recursos humanos de esos centros de atención mental y el "marco legal de avanzada" con que cuenta la Ciudad.

"A pesar de que la gran mayoría de los especialistas en salud mental y las leyes vigentes afirman esto, en la Ciudad seguimos teniendo pacientes internados crónicamente", sostuvo. Asimismo, calificó de "vergüenza ver como viven las personas que están asiladas en edificios obsoletos, que son del siglo XIX".

El jefe de Gobierno recalcó que "la decadencia y la desidia de sucesivas administraciones" llevaron a que los centros de salud estén hoy en "condiciones precarias".

En tanto, el Ministro Lemus fue el encargado de brindar los detalles del Programa, acompañado por una presentación de fotos de los hospitales y titulares críticos de diarios, así como un diagnóstico de la situación y el plan del Gobierno a desarrollar.

"La salud mental es un problema de todo el Estado", dijo Lemus y añadió que el espíritu del programa es "estar detrás de paciente todo el tiempo".

Este plan contempla la creación de un Centro de Evaluación y Derivación (CED) que recibirá a los pacientes y los derivará, según el diagnóstico que se elabore en un plazo máximo de 72 horas. El paciente, teniendo en cuenta ese diagnóstico, puede ir a un centro de internación, a un hospital de día, a centros de atención a las adicciones, a consultorios externos, casas de medio camino o familias sustitutas.

Para satisfacer la demanda el plan contempla la construcción de 10 centros de internación y 12 hospitales de día. Los centros de internación tendrán una capacidad de 48 camas, monitoreo por circuito cerrado, ventanales y aberturas con vidrios de seguridad sin rejas y espacios comunes compartidos. Los hospitales de día, por su parte, permitirán un abordaje grupal e individual del paciente, y posibilitarán la inclusión de las familias en el proceso terapéutico.

A su vez, el plan estima que aproximadamente unas 500 personas podrían ser atendidas a través de la modalidad de las casas de medio camino y las familias sustitutas.

Las casas de medio camino tendrán capacidad para 18 residentes y un entorno ambiental similar a una casa de familia. La incorporación de familias sustitutas nunca se ha implementado, pero el Ministerio de Salud es optimista con respecto a los resultados. Por el sistema, las familias cobrarían un subsidio por ayudar con la reinserción social de los pacientes. Lemus reiteró que "no en vano países como Gran Bretaña, Italia, España, Estados Unidos y Canadá experimentaron transformaciones de este tipo".

Durante la presentación, el Ministro de Salud también se refirió al beneficio que tendrán los pacientes con este cambio en el modelo asistencial, porque "van a estar mejor atendidos, en lugares modernos y bien equipados". "Vamos a priorizar, sobre todas las cosas, la dignidad del paciente", subrayó.

También se aclaró que la puesta en marcha del nuevo plan permitirá la incorporación de mayor cantidad de personal.

1 de abril de 2008

http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/plan_s_mental.php

Domingo 30 de Marzo
Año III N° 0247
Buenos Aires, Argentina

Notas relacionadas

<http://www.diarioperfil.com.ar/edimp/0247/articulo.php?art=6510&ed=0247>

ciencia

LAWRENCE GOSTIN, abogado invitado por la OPS

“No se respetan los derechos humanos de pacientes con enfermedades mentales”

Dirige el Instituto de Leyes de la Salud en la Universidad de Georgetown y fue parte de los equipos de Hillary Clinton para la fracasada reforma de la salud en los Estados Unidos. Lawrence Gostin vino a la Argentina para participar de un taller sobre salud mental que terminó el viernes, invitado por la OPS. En diálogo exclusivo con PERFIL, dijo que toda sociedad es más feliz cuando se inserta a los enfermos mentales en la comunidad.

Por M.D.A.



Tras las rejas. Gostin compara los manicomios con las cárceles, y quiere que exista un trato compasivo hacia los enfermos.

“Pese a los progresos que se han realizado, gracias por ejemplo a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en los hospitales mentales de América latina y la Argentina, la situación de las personas internadas requiere de algunas mejoras y algunas reformas. Ningún país de la región debería tener aún personas con discapacidad mental abandonadas en hospitales psiquiátricos. Todas tienen el derecho a ser tratadas con compasión y respeto. Hoy podemos decir que no se respetan los derechos humanos de los pacientes con enfermedades mentales.”

Así, en esas pocas palabras, podría resumirse el programa humanista del norteamericano Lawrence Gostin respecto de la salud mental. Pero el campo de acción del director del Instituto de Leyes de la Salud de la universidad norteamericana de Georgetown es más extenso: es conocido por ser el autor de leyes modelo en su país y formó parte de los equipos de salud de Hillary Clinton, en la época en la que la actual precandidata

presidencial demócrata tenía una banca en el Congreso y propuso una reforma para que el país tuviera cobertura universal de salud (ver recuadro).

No al manicomio. Gostin también fue amigo de Franco Basaglia, el pionero que encaró en Italia en los 60 una revolucionaria reforma para acabar con los psiquiátricos. Como sucedió en la Argentina en la provincia de Río Negro, y también en California cuando la gobernaba Ronald Reagan, la experiencia no fue todo lo exitosa que se esperaba. Y Gostin lo reconoce: “El cierre de las instituciones puede ser maravilloso siempre y cuando se provea buen servicio mental y apoyo de la comunidad. En Italia hubo problemas pero puedo decirle, porque lo vi, que cuando el paciente deja el hospital y se inserta en la comunidad es más feliz y más libre”.

—¿Y el resto de la comunidad es igualmente feliz?

—Creo que sí. Eventualmente, todos serán más felices. Hay una tendencia a segregar a los enfermos mentales, como si lo suyo fuera vergonzante. Pero en aquellas culturas en las que se incorporan a la sociedad, todos se ven beneficiados. Es muy importante que cuando los pacientes dejan las instituciones, no permanezcan en las calles ni se los ponga en prisiones o en otros lugares que son igual de repugnantes. Compasión y libertad es lo que tenemos que darles.

—¿Qué derechos no tienen?

—Las personas con discapacidad mental no deberían estar en instituciones por largos periodos de tiempo. Deberían acceder a revisiones periódicas y rápidas de sus casos; y tener los derechos de todos los ciudadanos, incluyendo el del voto, al acceso a la Justicia, escribir y comunicarse.

—¿Qué tres medidas urgentes deberían tomarse?

—Una, cerrar los hospitales mentales y construir servicios de atención que sean eficientes. Dos, darles a los pacientes los mismos derechos de los demás. Y, tres, establecer un debate nacional, liderado por el Estado y la sociedad, para cambiar la cultura sobre la enfermedad mental.

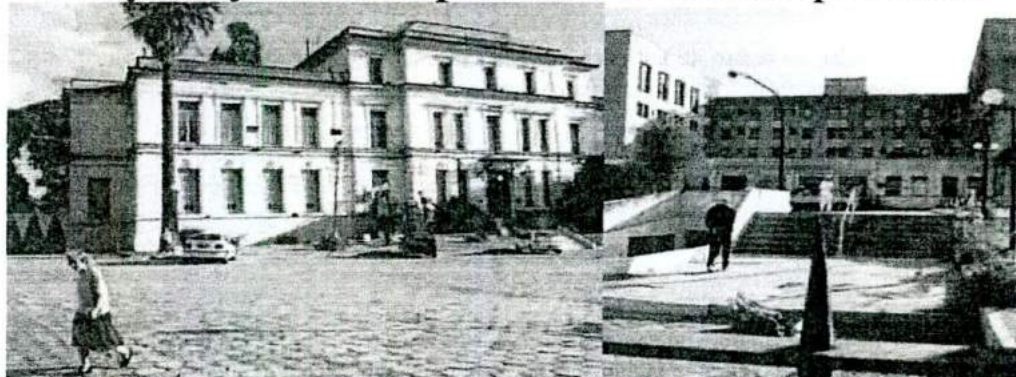
Las razones de Hillary

Lawrence Gostin fue parte de uno de los equipos que elaboró la reforma de salud que en los 90 propuso Hillary Clinton. “Nuestra idea era dar una cobertura universal, porque cerca del 17% de los norteamericanos no tiene seguridad social. Pero fracasó por problemas políticos”, dijo Lawrence Gostin diplomáticamente.

Según el documental *Sicko*, de Michael Moore, esa reforma no se aprobó por los lobbies de los laboratorios y empresarios de la salud, que hoy aportan a su campaña. Gostin vio el film de Moore y, más allá de las polémicas, acuerda con el diagnóstico que se hace. “*Sicko* está totalmente acertado en lo general y, aunque hay algunos errores en sus detalles, dice las verdades fundamentales. EE.UU. es quizás el único país altamente desarrollado que no tiene sistema de salud; los pobres quedan afuera.”

El experto considera que va a haber una reforma, aunque finalmente no será tan amplia como la propuesta en su momento.

El Moyano y el Borda podrían ser barrios premium



Hospital Moyano. Tiene 1.100 internadas y atiende 150 mil consultas anuales. Para obtener turno la espera puede llegar a los cuatro meses.

Hospital Borda. Atiende 200 mil consultas anuales y tiene 900 internados.

El gobierno porteño anunciará un plan para mudar los hospitales. Pero denuncian que van a cerrarlos para hacer viviendas de lujo.

Un plan de salud mental para la ciudad de Buenos Aires será presentado hoy por el gobierno porteño, que prevé la construcción de nuevos centros de internación para reemplazar los neuropsiquiátricos Borda, Moyano y Tobar García. Claro que la medida no viene sin polémica. Profesionales de estos establecimientos alertaron sobre la posibilidad del cierre definitivo de estos centros, con el consecuente "perjuicio para miles de pacientes que hoy se encuentran internados", pero denunciaron todavía más: que detrás de estos anuncios existe un "fabuloso negocio inmobiliario", planificado sobre los terrenos que quedarán liberados una vez que se clausuren los hospitales.

El nuevo plan de Macri proyecta destinar una inversión de 169 millones de pesos para construir un centro de evaluación y derivación (CED), que recibirá a los pacientes y los derivará en un plazo máximo de 72 horas. Además, diez centros de internación con una capacidad de 48 camas cada uno y doce hospitales de día. Además, habrá "servicios destinados a la atención de las adicciones, consultorios externos, casas de medio camino y familias sustitutas", explicaron fuentes del Ministerio de Salud porteño. De acuerdo con las estimaciones oficiales, "unas quinientas personas podrán ser atendidas a través de la modalidad de las casas de medio camino, con capacidad para dieciocho residentes".

Todavía no se habla oficialmente del cierre del Borda y el Moyano. Pero voceros de la Jefatura de Gobierno lo dan por hecho; una vez que el nuevo sistema esté en funcionamiento.

Las palabras de la vicejefa de Gobierno, Gabriela Michetti, apuntaron en ese sentido: "Estos hospitales son el símbolo de nuestro deterioro. Nunca como sociedad deberíamos haber llegado a eso; es muy vergonzoso que lo hayamos soportado y que a nadie le duela semejante cosa. Por eso nuestro plan de salud mental viene a terminar con esta historia", afirmó en declaraciones radiales.

Para mitigar la inquietud de la comunidad hospitalaria, el Ministro de Salud porteño, Jorge Lemus, tuvo que aclarar que los médicos y trabajadores de la salud mental "deben estar tranquilos" porque con la puesta en marcha del nuevo plan "no se va a despedir gente, sino que se incorporará más personal".

Sin embargo, las palabras de Lemus no se condicen con la preocupación que manifiesta el personal de los hospitales consultado por Crítica de la Argentina. Daniel Bravo, dirigente de la Asociación de Profesionales del Moyano, aseguró que "la prioridad es evitar el sufrimiento de los pacientes y con estas medidas eso no está garantizado. Muchos familiares se acercaron preocupados porque temen el cierre de los hospitales", aseguró el psiquiatra. "Es inaudito que después de haber invertido más de 40 millones de pesos en las refacciones del Borda y del Moyano ahora se hable de cerrarlos", expresó el dirigente de ATE, Mario Muñoz. "Los trabajadores seguimos siendo los convidados de piedra de esta historia", se quejó el dirigente gremial, y se preguntó "quién se va a hacer cargo de los pacientes que no tienen a nadie y para los que estos hospitales son sus hogares".

Alejandro Jorge, de la filial de Médicos Municipales del hospital Borda, fue tajante: "Nosotros estamos totalmente en contra de este plan porque claramente la estructura que van a construir no satisface la demanda asistencial de la ciudad en materia de salud mental: actualmente tenemos internados unos 2.500 pacientes y con el nuevo sistema no alcanzaríamos a las 500 camas", sostuvo el profesional consultado. Además, la iniciativa "es violatoria de la Ley de Salud Mental por lo que luego de la presentación oficial, vamos a plantear este tema ante la Legislatura y la Justicia", sostuvo el doctor Jorge.

"Lo que hicieron fue clonar el modelo de Ineba, un centro de asistencia privada -;ubicado en el barrio porteño de Almagro-; que Macri visitó hace algunos meses y quedó fascinado", confió una fuente cercana a la dirección del hospital Borda.

La empresa propietaria de esta clínica es presidida por Guillermo Feldberg, un hombre ligado al grupo Werthein, que se desempeña como director ejecutivo de La Caja y es síndico de Telecom Argentina. Este diario envió un cuestionario por correo electrónico a los directivos de Ineba, pero al cierre de esta edición aún no había sido respondido.

ALTOS DE BARRACAS.

"El lanzamiento de este plan es la pantalla de una maniobra liquidacionista destinada al cierre de todos los hospitales neuropsiquiátricos con el objeto de utilizar ese predio para un fabuloso negocio inmobiliario", sostuvo el dirigente de ATE, Mario Muñoz.

A sólo cinco minutos del Obelisco, los terrenos donde hasta ahora funcionaron el Borda y el Moyano son considerados por tasadores particulares como "invaluables". Una joya de espacios amplios en la zona sur de la ciudad, donde los emprendimientos inmobiliarios se reproducen como hongos. Allí abundan proyectos como Casa FOA, los Solares de Montes de Oca o el MOCA, en la antigua fábrica de Bagley.

El proyecto inmobiliario Los Altos de Barracas comenzó en 1993, cuando Héctor Lombardo; por entonces miembro del Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires; propuso un proyecto de ordenanza cuya finalidad era canjearle a una empresa constructora las 40 hectáreas que ocupan los tres hospitales neuropsiquiátricos por otras tierras de menor valor.

A pesar de las presiones y los lobbies, el proyecto no fue aprobado. Cuando Fernando de la Rúa llegó a la Jefatura de Gobierno, las 57 hectáreas donde se ubican los hospitales Moyano, Borda, Tobar García, Muñoz y Rawson fueron decretadas como vacantes. En el decreto 1.961 quedó asentado el convenio con la Sociedad Central de Arquitectos, por el cual se establecía el compromiso de realizar una serie de obras e investigaciones en áreas vacantes de la ciudad para la ejecución de concursos.

La administración de Aníbal Ibarra excluyó a estos terrenos del listado de "áreas vacantes". "Pero la Corporación Buenos Aires Sur tiene en sus archivos el Proyecto Corredor Verde Sur que será desempolvado no bien el Programa de Reforma del Modelo de Atención de Salud Mental comience a instrumentarse", confirmaron fuentes hospitalarias. Está claro: el progreso inmobiliario, los emprendimientos premium y el real state parecen estar por encima de todo. Incluso de la salud.

Dinero y pacientes que van y vienen

Según los profesionales del hospital Moyano, el cierre de pabellones para su remodelación -una obra aún no finalizada a pesar de los 18 meses transcurridos- obligó a trasladar a cientos de pacientes a instituciones privadas.

"Se está pagando a razón de 3.200 pesos mensuales por cada una, cuando el Nomenclador Municipal fija un arancel de 750 pesos para las internaciones psiquiátricas prolongadas", explicaron los dirigentes. "Esto provoca un perjuicio económico para la ciudad que nosotros denunciarnos, a pesar de lo cual aún hoy 130 pacientes continúan internadas en estos establecimientos."

Esta transferencia de recursos del Estado a los privados se realiza bajo el amparo de un convenio firmado entre la entonces Secretaría de Salud porteña y la Cámara Argentina de Clínicas y Establecimientos Psiquiátricos. "Si este dinero que se le está pagando al sector privado se hubiera invertido en la construcción de casas de medio camino y hostales, como prevé la Ley de Salud Mental, se hubiera podido iniciar un mejoramiento del sistema", afirmaron en el nosocomio.

Casi saturados

El neuropsiquiátrico de mujeres Braulio Moyano tiene actualmente 1.100 pacientes internadas en sus pabellones y 180 que fueron derivadas a las clínicas privadas. En sus consultorios externos se atienden unas 150 mil consultas por año. Para

Trascipción fragmentos del debate en la Radio La colifata - Sábado 05/04/08.mp3
www.lacolifata.org

Claudia Alejandra L: queridos oyentes hoy quiero hablar de un tema que, todos los que vieron el noticioso, que dentro de tres años tiene que estar desalojado el Moyano y las dos mil pactes entre el Borda, Moyano y minoridad y familia quedarían a la expectativa de dónde ir a vivir si sus familiares no los reciben. Hay 1100 pacientes de alta, no se van del hospital porque nadie les da un techo o una familia sustituta; pero, me estuvieron diciendo las autoridades cuando les conté esta incógnita, esta preocupación general, que no es tan así, que están abriendo casitas de medio camino. La casita de medio camino está en Flores, junto con esa van a abrir en distintos barrios, las pacientes, ya se le están tramitando a todas las lúcidas una pensión de estado, con esa pensión de estado pagan 60 pesos por mes y ellas tienen el dinero, es una casa de tres pisos creo q tienen, dos o tres pisos con capacidad para gente reducida que puede salir inclusive, a hacer tareas fáciles afuera, estas casitas tienen un psiquiatra, tienen un par de enfermeras, psicólogos, asistentes sociales pero, a puertas abiertas; eso es lo q me estuvieron contando las autoridades. Yo quiero darles un poquito de tranquilidad a todos los que se alarmaron; hubo compañeras q dijeron: si me sacan del Moyano me mato, otras q dijeron si nos sacan del Moyano qué va a ser de nosotras, no se asusten, esa es la información que yo tengo de las autoridades.

P1: Bueno, sí, hay una ley del año 2000 también que es la 448 que habla de eso que nunca se cumplió, aprobada por el Poder Ejecutivo y el poder legislativo de la Ciudad, así que espero q conversando, consensuando se llegue a transformar este sistema manicomial y se llegue a un buen término y que la gente q está acá adentro no tenga miedo, no se asuste q no va a quedar en la calle porque hay muchos que tienen mucho miedo, el miedo no es buen consejero.

P2: Mi nombre es Adrián, soy internado hace tres años ya q estoy en tratamiento de internación, y bueno, me paso los días en la biblioteca leyendo pero q pasa estuve viendo y por ej llegué a la conclusión q la política económica es una política de mercado abierto q perjudica al país y nosotros estamos viviendo en una decadencia social, moral y pública

P3: el resolucionamiento mío sería que si se me cierran el hospital que me puedan pagar la pensión, no tanto por trabajar comunitariamente por todos los internos, pido nada más como dijo la abuela una familia q pueda construirme nuevamente a ver si me puedo superar en esa nueva casa si puedo reconstruir laboralmente mi mano para fortalecer mi vida y seguir trabajando adelante para poder pagar una moto y salir a trabajar

L: te comento q la casita de medio camino ya está, hay 24 pacientes q han sido trasladadas, que tienen su pensión, q pagan 60 pesos por mes de peculio de alquiler tanto por un gasto, un impuesto salen a trabajar afuera, pueden ir solas al supermercado, a la noche tiene q pemoctar en la casita; ya están trabajando en las casitas de medio camino las pacientes q tienen este problema

P4: 24 mujeres, esas 24 qué cantidad de metros cuadrados ocupan?

L: Es un chalet q hay en Flores en muy buenas condiciones, muy moderno, y está a pocas cuadras de la plaza principal de Flores

P4: Bueno un chalet en pleno capital 24 personas, entre el Borda y el Moyano cuántas personas hay, entre las dos 2000 más de 2000, o sea q se necesitarían cuántos chalets para las 2000 personas? 100 chalets? bueno, tampoco creo q cumplan con la construcción de chalet para gente como nosotros, encima q somos marginados

P5: Yo he escuchado al diputado Enriques ya sabemos la ideología de él que el proyecto de él es lotear esto y hacer un barrio parque y trasladamos todo al la zona de opendoor el proyecto de Enriques junto con empresas inmobiliarias es destruir esto, hacer barrio parque y llevar todo donde está opendoor y trasladar todo a opendoor y q eso de las casitas es una pantalla para q la gente se quede tranquila pero el proyecto de él es ese, espero q no progrese y que quede en la nada

L: los pacientes q tengan acceso, no van a estar ni abandonados ni descuidados, ni les va a faltar peculio ni su pensión, es más pueden conseguir pequeñas tareas extra adicional donde viven con q paliar su situación, serían pacientes especiales, pacientes q están para el alta y no tienen nadie que les firme

LA: Lectura de mensajes de oyentes en el foro de la Colifata –al azar

- El problema real no radica en los manicomios, el miedo de los de afuera hace q exista esta clase de hospitales. Hace poco tuve la grata de sorpresa de encontrarme en el borda para ver a manu chau y esa tarde conocí la Colifata, realmente fue una tarde maravillosa, lo transmitido por la gente q realiza la radio hizo q lo que ocurría pasase a segundo plano [aclarar el L q se refiere a manu chau]. Seguramente si los q tienen el poder de realizar q un manicomio sea un lugar más digno o dejen de existir bajo algún proyecto de ley social contenedor para los pacientes, se daría una vuelta los sábados para ver la Colifata, vería q es posible realizar estos proyectos. Muchas gracias...

-[...]

- [...]

L: Alfredo, los grandes proyectos tienen que moverse lento para llegar a lugar seguro, no por corre mas ligero se llega primero, vamos despacio pero entre todos hagamos que esto sea de un buen final

LF: opinión de un paciente. Creo q el termino centro psiquiátrico está bien pero de todas maneras haber pasado por uno de ellos tanto como un centro hospitalario, centro de día o haber pasado en dos sitios ya te marca, además no personalmente sino como ponerte una etiqueta de esquizofrénico o cualquier otra enfermedad mental, ya la gente te tiene miedo y piensa que vas con un cuchillo en la mano. De todas maneras, yo, donde me siento más cómoda es en mi terapias con mis psiquiatras y mis compañeros, donde realmente puedo expresarme como persona sin miedo a que me etiqueten, ya que todos hemos pasado por un brote psicótico o más.

A mí me parece que la opinión personal de este ser humano q se siente cómodo en su terapia va a ser pasada por alto en una decisión tan absoluta como directamente sacar completamente el borda el Moyano, o sea, es absurdo utópico ingenuo, que no van a destruir todo, que van a tener la delicadeza de preservar a los seres humanos que se sienten cómodos con tantas cosas, como el psiquiatra. El borda es un lugar interdisciplinario, tiene un montón de cosas, evidentemente esto, si sucede lo menos q podemos esperar, creo yo, quizás sea alarmista, es que sea una cosa atroz, va a ser muy raro que tengan la delicadeza de recurrir a lo q estamos pensando que sea la matemática dividir 2500 pacientes por 250 lugares diferentes, la realidad es que si tiran abajo el borda, el Moyano y Alvear va a ir un montón de gente a la calle..., y va a ser muy raro en este espíritu de ley y este espíritu político de la ideología de Macri que sea diferente a lo q a mí me parece, creo que va a haber muy poca sensibilidad y creo q esa sensibilidad va a estar muy alejada de por ej, la realidad de la existencia de cosas como la Colifata, me parece muy raro q se les ocurra que este edificio por ej. no va a existir dentro de un año, no creo q a nadie se le ocurra siquiera prestar atención a ese tipo de cosas

P6: Creer en espejitos de colores, de q van a eliminar estos centros donde la gente padece enfermedad mental y adonde la sociedad cuando escucha la palabra manicomio y loco, no saben cómo les duele; sí pretendo q si hay una solución para crear centros de atención en el futuro, externos y q estemos por la desmanicomialización que eso esté conjuntamente con los psiquiatras y psicólogos y los pacientes, que son los protagonistas de su propia enfermedad, no en estos gobiernos de turno que vienen y arrasan con todo porque, no creas ni en la sensibilidad ni en la delicadeza, ni lo sueñes Fernando, ni te lo sueñes; como decía el Che Guevara ni 5 minutos, ni 5 segundos de oportunidad le des

P7: [...]

P8: [...]

L1: bueno, yo digo una cosa, sugiero q no nos llenen de vanas promesas, o sea que no nos dividan porq donde va a estar la colifata, la coperanza, eso que al paciente un diálogo le alcanza

V: [...]

V: Lo que me impactó a mí, lo poco q entendí de todo porque no seguí todo tampoco, entendí, tal vez entendí mal q iban a tratar de aprovechar los terrenos de acá para poner el gobierno de la ciudad, por lo menos una parte del gobierno, y me impacta la idea de tirara abajo un lugar así para poner un lugar de política, no sé si es bueno o malo pero es muy simbólico, eso me impactó

V: yo creo que es muy poco tiempo tal vez dos años para hacer una modificación estructural tan grande a nivel Ciudad de Buenos Aires, y más con estos dos hospitales que son los que más pacientes tienen, no creo que se pueda hacer nada serio en tan poco tiempo como dos años como lo que está diciendo

P9: para mí no es una sorpresa, hace 2 meses cerró 600 grupos culturales de los 1200, dejó en la calle 12 mil profesores y hace tres años o cuatro, yo comenté acá leyendo un diario

inglés que George Soros quería comprar desde el centro de salud mental 10 hasta casi Avellaneda, todo este sector y tirar abajo todo completamente, y dividir a los pacientes en lugares de 100, 150 personas. Teóricamente parecía Noruega Suecia pero sabemos que no es así, acá la gente recibe poca visita y a veces no se le acerca gente por falta económica o de viaje; y dividir a personas q estuvieron durante tantos años juntos es una barbaridad psicológica. Hay que luchar y hacer fuerzas. Soros no la pudo comprar, esperemos que Macri no haga de esto su pensamiento macroeconómico.

P10: si acá hay familiares q no vienen a ver a los intemos, yo no me quiero imaginar, estando en otro lugar va a pasar lo mismo y ahí van a tener otro justificativo

P1: Yo digo que estos son terrenos donados para fines determinados, no se puede hacer emprendimientos comerciales como tampoco se puede hacer en el Arsenal de Luca donde está el hospital Garrahan, ahí no se puede hacer nada, porque cuando son donados los terrenos para el bienestar de los ciudadanos no se puede hacer emprendimientos, lo que sí, mi pensamiento personal, que esto se convierta en hospital general, centro cultural deportivo y artístico, y que se abra a la comunidad, que esto sea un parque enorme para toda la comunidad, que hace falta espacios verdes lleno de árboles, es importante para oxigenar la ciudad que está llena de smok

P11: Yo como paciente del Moyano, no me gusta, más por las pacientes que son ancianas, quien va a querer cuidar a una viejita? Si los geriátricos están llenos, quien va a querer cuidar a paciente crónica?

L: Yo les estoy muy agradecida a todas las personas que han participado con sus respectivas forma de ver este problema que no es cualquier cosa, es algo muy serio y muy grande y las cosas grandes se empieza despacito para llegar al último peldaño de la escalera. Recién estamos en el primer peldaño y ya con eso no tenemos que desesperarnos, no tenemos que angustiarnos, tenemos que tener fe, la fe es la convicción de lo que se cree sin ver. Esta gente piensa que como Cristo dijo 'yo puedo en tres días tirar, rajar el templo', ellos, si lo dijo el hijo de Dios, creen que ellos también lo pueden hacer, entonces, dejando el punto de lo que Jesús dijo, cuando Semana Santa, nos pongamos a ver. Bueno, eso es todo. Esto ya se viene arrastrando hace cinco años...la gente que tiene un poquito de memoria, ya fueron todos los canales le rompieron las máquinas, dijo cómo hay letrinas no hay inodoro; sigue habiendo letrinas. Yo no tengo miedo de decir la verdad la comida es pésima, yo cuando veo lo que comen mis compañeras, porque yo como en casa por la media alta, vea, se me agarra un nudo acá Alfredo, que digo que cuando estaba en el campo y tenía mi doverman, mi perra comía mejor que lo q dan en el Moyano, y en cuanto a los remedios, no tienen para remedios cómo van a tener para proyecto. Gracias, y perdonen por haber puesto este tema en el horario de Claudia Alejandra. Un beso a todos, y chicas que están escuchando en el Moyano, no pidan refuerzo de pastillas, las pastillas las va a hacer dormir y cuando se despierten el problema está, reúnanse entre todas.

EL FRENTE DE ARTISTAS DEL BORDA en referencia al PLAN DE SALUD MENTAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, quiere fijar su posición pública.

Desde hace más de 23 años el FRENTE DE ARTISTAS DEL BORDA trabaja en la defensa del Hospital y la Salud Pública desde un proceso de desmanicomialización.

Buscamos a través de las distintas disciplinas artísticas y creativas revincular con la comunidad a las personas con sufrimiento mental; como así también generar espacios de reflexión y organización para modificar el imaginario social y las estructuras institucionales con respecto a la locura.

PARA EL FRENTE DE ARTISTAS DEL BORDA DESMANICOMIALIZAR

ES dignificar la atención de la salud mental.

ES transformar el vínculo entre el profesional y la persona internada

ES implementar internaciones cortas en Hospitales Generales o Centros de Salud Mental.

ES dignificar a los trabajadores del hospital.

ES procurar la atención ambulatoria.

ES ejercer el derecho a consensuar un tratamiento adecuado.

ES recuperar los lazos familiares y sociales de los internados.

ES garantizar la vivienda.

ES garantizar el trabajo

ES mejorar la utilización de los recursos económicos

ES brindar más información, apoyo y contención a las familias

ES informar y trabajar con la comunidad

ES convertir al "manicomio" en un hospital general con un área de salud mental.

ES consensuar las políticas en salud mental.

----- DESMANICOMIALIZAR

NO es cerrar el hospital público

NO es dejar en la calle a las personas internadas.

NO es dejar a los trabajadores de la salud sin sus puestos de trabajo.

NO es privatizar la atención de la salud pública.

NO es sobremedicar

NO es encerrar

NO es segregar

NO es ejercer violencia física, psíquica ni química

NO es depositar a las personas

NO es abandonar ni desamparar

NO es judicializar la internación

FRENTE DE ARTISTAS DEL BORDA

Abril de 2008

Mie, 9 de Abril de 2008, 0:29 Difundido en lista: infoSaludPsi@gruposyahoo.com.ar