**Historia, Derechos Humanos y Paradigmas**

Proyecto de investigación

**Apellidos:** Iglesias Frecha

**Nombres:** Juan Manuel

**DNI:** 35360644

Estudiante de grado de la carrera de Sociología

Facultad de Ciencias Sociales (UBA)

jjmiglesias@gmail.com

**Palabras clave**: discapacidad mental, epidemiología, derechos humanos.

**Introducción**

El Código Civil y Comercial de la Nación de 2015 (de ahora en más CCyCN) se estructura en torno al reconocimiento de la capacidad de las personas como un derecho humano privilegiando su autonomía y libertad para la realización de sus actos. El siguiente trabajo es un breve recorrido sobre las distintas concepciones, formas de abordaje y principales medios de subsistencia de las “personas con discapacidad”, con todo el riesgo que conlleva aplicar dicho concepto retrospectivamente. Se hará un breve pasaje por las prácticas eugenésicas típicas de la Antigüedad, pasando por la reclusión, marginación y represión características de la Edad Media, hasta llegar al llamado “proceso de constitucionalización” o “humanización” del derecho privado, donde se encuentra en disputa el sentido por el respeto a la diversidad y la inclusión de dichas personas. Este abordaje se hará desde una consideración típico-ideal, es decir, agrupando los hechos bajo una unidad de acción racional (Weber, 1922 [1964]), a través de una interacción permanente entre el análisis documental y aquellos hallazgos teóricos resultantes de los mismos. Finalmente, concluimos el trabajo con unas breves consideraciones finales que antes que conclusiones definitorias pretenden ser puntos de partida para nuevas discusiones.

El texto en general, sin embargo, está pensado para ser leído como un “todo”, donde la presentaciones de los los “modelos” de la discapacidad están articularlos con la noción de “paradigma” de Kuhn (1960) y éstos a su vez con el segundo apartado y las cuatro formas de enunciación de la locura que retomamos por Castro, E. a partir de su estudio sobre la obra foucaultiana. De este apartado se desprenderán los conceptos sensibilizadores (Sautu, 2003) con los que abordaremos el resto del trabajo, tales como el de “imposición categórica” que será precisado a medida que avance la investigación. Sin embargo, aquello que estructura todo este trabajo, y que será su columna vertebral, es fundamentalmente la recepción de los modelos en Buenos Aires y su desarrollo ulterior, desde los tiempos coloniales hasta la actualidad, teniendo un especial interés en las formas jurídicas que asumió dicho proceso (aquellas leyes, políticas públicas y declaraciones de organismos oficiales en torno a la salud mental, la discapacidad, su tratamiento y el reconocimiento o no de los derechos humanos) que consideramos significativos. Empero no será una historia alguna disciplina en particular -trabajo que sería interesante pero que excede los límites de este trabajo-, sino que antes bien, interesará analizar las interrelaciones que asumían los distintos saberes en pugna, los esquemas explicativos en torno de la *locura* y las relaciones que guardaban con cada modelo de acumulación económico, político y social donde el poder eclesiástico y civil como grandes nomencladores social del fenómeno de la “discapacidad” lucharon, se dividieron, pero también coexistieron. Las distintas modalidades de intervención estatal sobre los cuerpos de sus ciudadanos serán abordadas desde un paradigma actual en pos de los derechos humanos y retomando autores de distintas corrientes, por lo cual el lector está advertido de algún desliz que refiera a cuestiones valorativas referidas al asunto. Será un análisis esencialmente cualitativo pero también tomaremos algunos datos estadísticos para ilustrar determinadas cuestiones concernientes a un tipo específico de discapacidad en Argentina, a saber: la discapacidad mental.

Retomaremos para las definiciones de los distintos “modelos” la obra de Palacios, A. (2008) *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* con la diferencia que ella identifica al *modelo* *rehabilitador* como un “sub” derivado del modelo de *prescindencia,* mientras que nosotros lo consideramos como un modelo aparte por razones metodológicas. Se verá, a lo largo del trabajo, que la noción de *persona con discapacidad* lejos de ser un concepto “neutro” que da cuenta de una realidad que está “allí afuera”, adquiere el carácter de “socialmente construída”. No obstante, no queremos dejar de advertir algo que no pudimos señalar con precisión a lo largo del trabajo debido a los límites de extensión que supone el mismo y que hasta puede ser de sentido común: para cada uno de los modelos sociales de discapacidad, las respuestas sociales dadas a las personas varían considerablemente según su condición social, género, etnia y *status* político. Esto es algo que resulta menester aclarar cuando hoy día la ley 26.657 prohíbe hacer cualquier tipo de diagnóstico en salud mental “sobre la base *exclusiva*” de dichas categorías.

**Marco conceptual: los “modelos sociales de la discapacidad”.**

Si bien los conceptos de “modelo” y “paradigma” difieren en su significado teórico, aquí los emplearemos como sinónimos para facilitar la tarea analítica. En su obra *La estructura de las revoluciones científicas*, Thomas S. Kuhn emplea la segunda acepción para referirse al “conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico”. En este sentido llegó a afirmar: "Considero a los paradigmas como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica" (1962 [2006]:50). Cada modelo, cada paradigma, representa la integridad histórica de esa ciencia en su propia época. El producto de la labor científica no es el resultado de la acumulación de observaciones y experiencias ahistóricas sino que es fruto del esfuerzo de los integrantes de la comunidad científica en un momento dado, que a menudo ofrecen respuestas y modos “inconmensurables” de ver el mundo y practicar la ciencia en él. “Hay siempre un elemento aparentemente arbitrario, compuesto de casualidades personales e históricas, que constituye una parte componente de las creencias abrazadas por una comunidad científica dada en un momento dado” (Kuhn, 1960:62). Los “modelos” que serán presentados a continuación servirán para aproximarnos de manera típico-ideal a las respuestas sociales de las “personas con discapacidad”, a pesar de que dicho concepto difícilmente pueda aplicarse retrospectivamente. Es decir, que no es nuestra intención (ni creemos que sea posible) atribuirle un significado preciso a este vocablo, sino que su sentido se (re)definirá en cada uno de sus usos teniendo como matriz común nuestra pequeña red de conceptos y elementos interpretativos. Sin estos recaudos caeríamos en serios problemas epistemológicos Sin embargo su empleo facilitará el desar para la comprensión unitaria de fenómenos dispersos. Agustina Palacios (2008) en la introducción su libro titulado *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* afirma que si bien podría afirmarse que las respuestas sociales hacia la discapacidad han ido fluctuando como consecuencia de dos perspectivas (consideradas como una *enfermedad* o un *pecado*), es posible distinguir tres modelos de tratamiento que a lo largo del tiempo se han dispensado a las personas con discapacidad que coexisten -con mayor o menor grado de intensidad- hasta el presente

**El modelo de la prescindencia. La eugenesia y el exterminio**

*“La misma Iglesia que potencia los hospitales y asilos, traerá las hogueras de la Inquisición” (Scheerenberger, 1995:33)*

El *modelo de prescindencia* es presentado como aquel en el“(...) se supone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad se consideran innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o que —por lo desgraciadas—, sus vidas no merecen la pena ser vividas.” (Palacios, A., 2008:32). Este modelo presenta a su vez dos submodelos que pueden diferenciarse según las respuestas sociales dadas al fenómeno social de la discapacidad. Adentrémonos en este recorrido.

El *submodelo eugenésico* tuvo su origen en la Antinguëdad donde la prescindencia se fundaba en la idea acerca de que la persona con discapacidad no tenía nada que aportar a la comunidad y que antes bien, constituía una carga que era preferible que fuera eliminada. Según Palacios, esta idea encontraba un fuerte arraigo en el imaginario social greco-romano donde la vida en la Ciudad-Estado exigía de sus ciudadanos una completa sumisión a la vida social, no quedando lugar para la vida privada y mucho menos para dedicarle tiempo a una persona que debido a su condición desfavorable requiriese demasiados cuidados. De esta manera, el sentido de la vida de las personas se definía en función de la utilidad y/o la carga que pudieran representar para la supervivencia de la comunidad. De allí que el *submodelo eugenésico* es aquel que se caracteriza por practicar el infanticidio en aquellos que han nacido con alguna especie de diversidad funcional, mientras que quedaba reservada la beneficencia y caridad para aquellos en los que la diversidad funcional hubiese sido adquirida no desde el nacimiento, sino como resultado de un evento fortuito. Este era el caso, por ejemplo, de los veteranos de guerra en la Antigua Roma. Adriano (117-138 d.C.), tras condenar al exilio a un padre que hubiera matado a su hijo colaboró para que hacia el siglo II d.C el infanticidio hubiera prácticamente desaparecido. Sin embargo, para aquellas épocas- señala Garland (1995)-, los gustos romanos habían llegado a un punto tal de degeneración que cualquier persona deforme o deficiente era motivo de burla y diversión por parte de su familia, pero fundamentalmente de las clases sociales gobernantes, quienes hasta llegaron a coleccionarlos como si fueran objetos y motivo de exhibición, restándoles frecuentemente como medio de subsistencia el mundo del entretenimiento, principalmente en la animación de fiestas (Scheerenberger, 1995).

Como se verá, este no es un modelo que haya caído en el olvido y que no esté presente, sino que ha sido resignificado a lo largo de la historia por distintos grupos sociales, tales como el genocidio cometido hacia el pueblo judío por parte del régimen Nazi.

**El submodelo de marginación: de la marginación por la caridad cristiana a la exlusión por el miedo al contagio.**

*“Los dementes eran azotados, encadenados en los más inmundos calabozos y allí se los hacía morir de hambre y frío. Si los visitaba un ministro de la religión sólo era para decirles que ellos tenían la culpa de su estado y que Dios estaba colérico con ellos (...) Dios los estaba castigando por algún pecado.”* Huxley, A. (1972) *Los demonios de Loudon.*

La característica principal del modelo es la exclusión del discapacitado, niño o mendigo. La configuración del prototipo “objeto de caridad” y “sujeto de tutela”, que adoptan estas figuras, tendrán como medio de subsistencia es la mendicidad. A diferencia del submodelo eugenésico ya no se practicará el infanticidio, pero sí aparecerá la exclusión, ya sea como consecuencia misma de ser objetos de compasión (caridad) del miedo por considerarlas como poseídas por demonio (tutela).

El desarrollo de este modelo tiene lugar durante la Alta Edad Media a partir de la incorporación del cristianismo como religión oficial del Imperio Romano en el siglo IV d.C, pero sobre todo luego de la sansión del edicto de Nicea de 325 d.C que decretó el hospedaje en cada comunidad de enfermos, pobres y vagabundos y el de Vaisón de 442 d.C que dispuso de un refugio en el templo durante diez días para todo niño abandonado, la misma moral cristiana basada en el amor al prójimo y la caridad hacia los pobres fue paulatinamente marginando al mismo que buscaba proteger. Quizás hasta esa misma protección implicaba una actitud paternalista y de inferiorización del prójimo. Podría afirmarse incluso que antes que la moral cristiana basada en el amor al prójimo fue la necesidad de mano de obra agrícola y las altas tasas de mortalidad lo que llevó a que se dejara de practicar el infanticidio. Aun así, los hijos no deseados por los motivos que fueren, tuvieron como principal destino las Iglesias, al punto tal que en el siglo VIII, un Concilio celebrado en Rouen convocó a las mujeres que dieran a luz hijos en secreto a que los dejaran en la Iglesia, donde serían atendidos. Paulatinamente la mendicidad fue el destino de muchos de ellos. El trato al discapacitado, el mendigo, en esta época, osciló entre el *amor y la dulzura*, por un lado, y la *posesión diabólica,* por el otro (Aguado Díaz, 1995). En este sentido Palacios afirma que “si bien las explicaciones religiosas medievales fueran diferentes de las alegadas por los antiguos, e incluso dentro del cristianismo se presentaran de manera fluctuante —el poder de Dios o la consecuencia del pecado original— o como obra del diablo desde la creencia supersticiosa; el hecho de considerar a la diversidad funcional como una situación inmodificable originaba que la misma debiera ser aceptada con resignación”. El mendigo (en tanto y en cuanto respetase las normas sociales de convivencia) adquirió una función en y para la sociedad: se vuelve necesario al posibilitar la acción caritativa del rico, al conformar esta suerte de relación dialéctica que se estructura en torno de las eternas y naturales jerarquías medievales en cuyo vértice se hallaba Dios. Ya sea como consecuencia del trato humano y misericordioso que inculcaba la caridad cristiana o el tratamiento cruel y marginador que originaba el miedo al contagio de enfermedades y la superstición, el resultado fue el de la exclusión.

En la baja Edad Media, hacia los siglos XII y XIII, como consecuencia de las frecuentes guerras, y las grandes epÍdemias, entre otras cosas, aumentó considerablemente el número de personas enfermas y de personas con discapacidad. La *peste negra* “no solo abrió un camino de decadencia demográfica y de crisis económica, sino que determinó un cambio en las estructuras e injirió en el nacimiento de una nueva sociedad, en la que las legiones de mendigos llegaron a constituir una amenaza social, entre otras cosas por la identificación entre mendicidad y contagio.” (Palacios, 2010:64) La doctrina acerca de la pobreza en el siglo XIII, particularmente entre los eclesiásticos, consideró a la misma como resultado del pecado y no como un desafío de DIos. Es aquí donde alcanza su apogeo la *tradición demonológica* que intenta (con éxito) abarcar todos los aspectos de la vida social siendo receptado por el saber médico de la época para pasar a formar parte de los esquemas explicativos de la enfermedad, particularmente de la “enfermedad” mental (Foucault, 1964). Esta ideología encuentra su máxima expresión en el *Malleus Maleficarum* o “Martillo de las Brujas”, el denso tratado elaborado por el Tribunal de la Inquisición que fue publicado en Alemania en 1487.

En España, durante los siglos de conquista y coloniaje americano, señala José Ingenieros (1919) que reinaron oficialmente las ideas medievales sobre la locura y su represión, con la sólo excepción del libro *Don Quijote* que defendía una concepción naturalista de la misma; los estudios sobre medicina estaban a cargo de órdenes religiosas, lo cual obstaculizaba (so peso de caer en herejía) cualquier otra explicación que no fuese la demonológica. Análogas interpretaciones se hallaban presentes en alguno de los pueblos originarios, tales como el Quichua que en el *Ollanata* (descrito como un “drama pseudo-incásico”), el protagonista “da muestras de locura que un siervo suyo interpreta como hechizamiento del demonio.” Sabemos hoy que la antropología de finales del siglo XIX y comienzos del XX tendía a interpretar las fenómenos de culturas foráneas a partir de sus propias categorizaciones sociales y, a menudo, extrapolarlas para ofrecer una explicación del tema en su sociedad de origen pero es el material con el que contamos. Análogamente, en el *Malleus Maleficarum* ya citado se estableció que cuando el paciente no encontrara alivio en los medicamentos, sino que más bien empeorara con ellos, la enfermedad era producto del demonio. Basto es el anecdotario psiquiátrico de las historias de la Inquisición en América, sobre todo en las grandes ciudades, donde se registran procesos por hechicería, posesión diabólica, daños, encantamientos, maleficios, demonolatría cuya resultado a menudo era la hoguera (Palma, R., 1893). Mientras que los alienados blancos (“gente decente”) de las ciudades coloniales era asistida en las celdas de los conventos que administraban las distintas Órdenes religiosas, los indios y negros que enloquecían tenían como destino las cárceles de los Cabildos, si es que antes no los ejecutaba la Inquisición. Los *loqueros* en los hospitales tendrán una formación ulterior.

Tal como veníamos diciendo, aquella concepción demonológica de la “enfermedad” puede dar una pista acerca de la difusión que encontraron las actitudes represivas y marginadoras respecto de las personas que mendigaban en general, y de las personas con discapacidad en particular que a menudo confluían en las mismas instituciones, ya sean las *workhouses* inglesas o las cárceles de los Cabildos y/o las celdas de los Conventos según, mayoritariamente, su origen racial. La limosna siguió siendo un deber ya no destinado a salvar al mendigo sino a salvar a quien daba. Este fenómeno trajo aparejado un proceso de *profesionalización* de las “técnicas” de mendicidad, que consistieron en saber exponer apropiadamente los defectos o enfermedades, no haciendo más que profundizar el debilitamiento de los sentimientos compasivos dirigidos hacia ellos puesto que comenzó a apreciarse que había una muy delgada línea entre la persona con una discapacidad “auténtica” de aquella que no la tenía y estaba fingiendo. Un caso paradigmático que ilustra el gran alcance que tuvo este esquema explicativo de la enfermedad, el *corpus* teórico que lo contenía y la ideología subyacente fue el de Don Felipe Hernández, en 1778 en la actual Costa Rica, donde luego del casamiento de sus hijas dió muerte a su mujer con un instrumento cortante. El médico comenzó la defensa de su cliente arguyendo que éste se había sido arrebatado por aquél *vapor hipocondríaco* que lo afectaba ya hace más de 30 años. Este es un claro ejemplo de cómo el discurso médico estaba profundamente inspirado en categorías religiosas, y las utilizaba para explicar el arrebato de su cliente. Al final de su alegato ruega que a su cliente se lo confine a un hospital de pobres enfermos ya que “no se debe atribuir a mal genio lo que es accidente inculpable, pues ninguno lo quisiera padecer y Su Divina Magestad lo da a quien es servido.” (Alfaro, A.,1902). De este modo, el hombre español, sesentón y de negocios fue eximido de culpa e internado en un Hospital en lugar de una cárcel, aunque quizás lo haya favorecido su origen étnico más que cualquier otra cosa.

Para concluir este apartado podríamos hacerlo del mismo modo en que lo comenzamos al retomar la cita de Scheerenberger: si la respuesta social a las personas con discapacidad durante la Alta Edad Media fue la marginación como consecuencia de la caridad, la de la Baja Edad Media también lo fue pero como resultado de la exclusión y la persecución. Por un lado estaba la Gracia, el amor y la compasión; por el otro, la crueldad, el odio y el rechazo. Ambos se implicaron mutuamente y fueron el resultado de una misma lógica excluyente o que en su defecto, como se verá más adelante, se trató de una lógica, de la *inclusión través de la exclusión*. Asimismo el desarrollo de una concepción “naturalista” de la enfermedad, es decir, una que encontrara su origen y la explicara no ya a partir de una posesión demoníaca, etc. se vio imposibilitada por la amenaza que constituía expresar una explicación diferente. Los médicos o cirujanos en las colonias españolas, particularmente en el Virreinato del Río de la Plata tuvieron que competir a la par que con frailes y curanderos lo cual dificultaba su asentamiento definitivo en los poblados. El cabildo sólo contaba con poca financiación para el personal de los modestísimos hospitales de barro sino que además la profesión de médico gozaba de la misma o menor credibilidad que la de sus competidores, por lo que la asistencia médica de los vecinos del poblado (recuérdese que para el año 1622 no había más de 1000 habitantes Buenos Aires ) quedaba relegada al domicilio particular de cada uno, con la particular superstición que alentaba desde las oraciones hasta los clásicos “candeales y caldos de gallina” y si algún médico llegaba al pueblo era porque hacía lo mismo buque de registro o navío con tropas para después partir.

**El modelo rehabilitador: la integración por asimilación**

Las características del *modelo rehabilitador* tiene dos presupuestos fundamentales: en primer lugar, las causas que se alegan para justificar la discapacidad ya no son religiosas, sino científicas. Las nociones de Dios o el Diablo ceden lugar a conceptos tales como “salud” o “enfermedad” para aludir a la diversidad funcional. En segundo lugar, las personas con discapacidaddejan de ser consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, sino que ahora se entiende que pueden ser “funcionales” a la sociedad sólo en la medida en que sean *rehabilitadas* o *normalizadas*. “Desde la visión prevaleciente en este modelo- señala Palacios-, entonces, se considera que la persona con discapacidad puede resultar de algún modo rentable a la sociedad, pero dicha rentabilidad se encontrará supeditada a la rehabilitación o normalización —y, esto significa, en definitiva—, supeditarlo a que la persona logre asimilare a los demás —válidos y capaces— en la mayor medida de lo posible. Lo que es destacable desde el punto de vista de las explicaciones atribuiadas a la “enfermedad”, es que se tiende a reemplazar los modelos explicativos en torno de la figuras de Dios/Demonio para referirse a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad. Es este sentido también Aguado Díaz (1995) considera que a finales del siglo XVI se produce una “revolución”, que consite en el traspaso de una concepción demonológica de las mismas a otra de corte naturalista. Es decir, se pasa de la idea de pecado a la de enfermedad como esquema explicativo, si bien aún con una fuerte impronta religiosa. Si se quisiera hacer una historia de la psiquiatría no podría pasarse por alto que fue este también el siglo donde el suizo Paracelso (1493-1541), seguido por otro suizo Félix Plater (1536-1614) comienzan con la distinción y clasificación de distintas formas de locura que será retomado luego por el botánico francés Boissier de Sauvages de la Croix hacia mediados del siglo XVIII. Estas categorización persiguieron una “nosología metódica” que consistió en “ordenar las enfermedades mentales como entidades naturales similares a las botánicas, trascendiendo la descripción en la búsqueda de una `objetividad científica`” (Braunstein, 2013:19). Es en la época del Renacimiento, del “descubrimiento” de América y el redescubriento de los clásicos griegos que hace que el significado de los esquemas explicativos sobre la enfermedad que representó el amplio movimiento que fue el humanismo termine por imponerse una concepción negativa del pobre por sobre la visión cristocéntrica basada en el pecado y el demonio. Esta suerte de sublimación moral renacentista, deja de lado la caridad “desinteresada” para darle paso a una que tenía como finalidad la propia salvación (Palacios, 2010 y Braunstein, 2013.). Vale la pena resaltar también que las personas con discapacidad, en aquel entonces, estaba incluída dentro del gran abanico que comprendía la figura del “pobre”. De allí que como modo de subsistencia, aparecen como medios obligados la apelación a la seguridad social y al empleo protegido para las personas con discapacidad y, en ese sentido, la importancia que cobran las denominadas *Poor Laws* y las *Acts of settlement*, de principios del siglo XVI las primeras y del siglo XVII las segundas. act 1601 hasta 1832 con la derogación de la ley *Speenhamland*. De este modo, éstas personas se vieron obligadas a vivir en las *workhouses* en condiciones infrahumanas en sus respectivas parroquias de origen al precio de subsistir siendo objeto de burlas al igual que el modelo anterior. Es a través de la instituciones de la seguridad social y el empleo protegido donde se consolidará este paradigma en su aspecto legal y tendrá recién su sansión en Alemania en el año 1884 cuando se sancionó en Alemania la primera Ley de accidentes de trabajo, mientras que en España y Argentina fueron en 1900 y 1915, respectivamente.

Si bien existen antecedentes ineludibles que dan cuenta de la presencia de este modelo, su consolidación definitiva en las sociedades occidentales tiene lugar tras la finalización de la Primera Guerra Mundial cuando se introdujeron, en las legislaciones en general, servicios sociales para los veteranos de guerra con discapacidad como una respuesta de la sociedad ante los estragos de la guerra, fundamentalmente con los ahora “veteranos de guerra”, a través del otorgamiento pensiones de invalidez, beneficios de rehabilitación y cuotas laborales. Los estragos causados por la Guerra daban la pauta de que había algo que resarcir, sobre todo a los que habían sido lesionados directamente por aquélla, tanto psíquica como físicamente. Sin embargo, la presencia de cualquiera de estos modelos -como venimos diciendo- no deben intentar hallarse de manera “pura” en la realidad concreta, puesto que muchos de ellos se yuxtaponen coexistiendo en un mismo período. Por eso es que es necesario ahora remitirse brevemente a la recepción del modelo rehabilitador en las colonias americanas, sobre todo en la actual Buenos Aires. Tal como adelantamos en el apartado anterior, en este modelo todavía hay va a haber una fuerte impronta del anterior basado, sobre todo, en concepciones demológicas.

El primer hospital de Buenos Aires como decíamos, tuvo lugar aproximadamente 20 años después de la fundación de la ciudad en 1580 por Juan de Garay. Siguiendo los Acuerdos del Cabildo, los Documentos del Archivo de Indias y otras publicaciones, es que Ingenieros (1919) pudo reconstruir la historia de su fundación. Este fue fundado en 1605 al lado de un convento y estuvo a cargo de “manos inexpertas” hasta 1653, donde cada Mayordomo que designaba el Alcalde para que estuviera a cargo del Hospital era en su mayoría *curanderos, barberos y frailes*; cada vez que se intentaba designar un médico y/o cirujano había problemas con la paga y éstos se veían obligados a abandonar sus puestos de trabajo en busca de uno mejor. De 1653 a 1690 la existencia del Hospital San Martín (así se llamó) tuvo una existencia puramente nominal, en parte por la falta de recursos, en parte por la carencia de enfermos, que preferían la atención doméstica a la hospitalaria. Las disputas entre los poderes eclesiástico y civil españoles quedó plasmada tras la prohibición, en 1654, de fundar nuevos conventos sin autorización real, “ni aún bajo el pretexto de hospicios u hospitales” que, como vimos, estaban a cargo de las órdenes religiosas que se disputaban la clientela. Ésta contravención fue burlada en 1692 cuando el Obispo de la ciudad sugirió ante la nominalidad de la institución que se aplicara el Hospital San Martín “a un recogimiento de doncellas pobres y huérfanas”. Ya no se trataba de fundar un nuevo convento: era la fundación de una Casa de recogimiento. Al enterarse del funcionamiento de un Beaterío en Hospital, el nuevo Gobernador Valdés e Inclán promoviera un auto de desalojo y las beatas fueron expulsadas. La Real Cédula (ordenanza) emitida por el Rey fue que se conservara la Casa de Huérfanas pero de ningún modo el Monasterio. De este modo, las disputas en torno de “pedir algo para hacer otra cosa” duraron más de medio siglo y la situación del Hospital fue mala, estando a cargo del mayordomo-enfermero, a lo sumo “un barbero entendido en hacer ventosas, poner sangrías y curar lamparones” (Ingenieros, J., 1919:53). Es recién en 1748, por disposición del Gobernador Andonaegui, cuando el Hospital San Martín pasó a manos de la Órden de los Betlemitas, ahora bajo el nombre “Hospital de Santa Catalina”. Bajo esta administración es cuando se comenzaron a recluir *alienados* (los denominados “inofensivos” o “alienados tranquilos”)que, como mencionamos en el apartado anterior, lo estaban en la Cárcel del Cabildo. Estos pasaron ahora a ser utilizados como sirvientes si es que no eran relegados al *loquero*, rancho apartado de la sala de enfermos. Esta situación comenzó a oficializarse poco antes de la creación del Virreinato en 1776, particularmente bajo la gobernación de Juan José de Vértiz, que profundizó la reforma de cosas y costumbres ya esbozadas por el ex Gobernador Bucarelli y ordenó, en 1975 que se efectuara una recogida de “vagos y mendigos” que desfilaban por la vía pública, en su mayoría *alienados tranquilos*. Para mendigar ahora hacía falta una licencia emitida por el comisionado de su respectivo distrito “sopena de un año de castigo”. Las “políticas de saneamiento urbano” estaban preparando la arena de lo que venía: si para 1774 Buenos Aires contaba con una población de aproximadamente 11.000 habitantes, dos años después, tras la creación del Virreinato, la estaría más que duplicando según los datos del Servicio Histórico Militar.

La clausura definitiva del Hospital Santa Catalina tuvo lugar en 1822 luego de que una década antes el Superior Betlemita, Fray José de las Animas, se viera complicado participando en la denominada “conspiración de Alzaga”. Cabe aclarar que la institución del Protomedicato, que era la encargada de la salud pública, estuvo en vigencia de 1778 a 1822 con una limitada influencia en la zona del virreinato de la Plata por tener sede central en Lima. En este sentido, el Hospital General de Hombres (ex *Residencia de Belén*), la Casa de Expósitos (ex *Casa de Ejercicios*) y la Convalecencia (ex *Chacra de Belén*) habían sido bienes de Temporalidades pertenecientes a la Compañía de Jesús, expropiados a partir de su expulsión en 1767. Desde 1799, la *Residencia de Belén* fue destinada, por Cédula Real, a “convalecientes, incurables, *locos* y contagiosos”, donde ocuparían dos ranchos aparte, siendo la estadía en el de “*locos* y contagiosos” (*loquero)*, peor que estar en la Cárcel del Cabildo. La costumbre colonial de “premiar” a los *dementes tranquilos* con un trabajo de enfermero, sirviente o dedicado al servicio doméstico en general perdurará hasta 1882. El *loquero*, cuyo título oficial era *Cuadro de Dementes*, que consistía - relata Albarellos, citado en Ingenieros, J. (1919:56-62)- en “un cuadrilongo de cuarenta varas por veinte y cinco de ancho” que “parecía haber sido destinado para celdas de los jesuitas que lo construyeron, por ser todo compuesto de cuadros aislados” donde “a estos locos los cuidaba o, mejor diré, los gobernaba, un capataz que generalmente tenía una verga en la mano, con la cual solía darles algunos golpes a los que no obedecían sus órdenes” (Albarellos, *op.cit.*).

De este modo vemos cómo el modelo de marginación coexistió plenamente durante el Virreinato del Río de la Plata y aún hasta bien entrado el siglo XIX, con un modelo rehabilitador que comenzaba a emerger y aplicarse, sobre todo, a aquellos *dementes* que fueran más tranquilos, donde se les buscaba una ocupación, a menudo como enfermeros en los hospitales o realizando tareas domésticas y de servicios en general mientras que a los *incurables* o *crónicos* se los desplazaba definitivamente, viéndose recluidos en las más terribles de las condiciones, negándoles cualquier tipo de garantía o derecho (que hoy podríamos llamar “Derechos Humanos”), que de hecho ya encontraban durante la época colonial algún lugar en el pensamiento doctrinario, sobre todo en el tratado del toledano español Gómez de Amescua de 1609 sobre los *ius in se ipsum* -o derechos sobre “sí mismo”-, donde diserta, entre otras cosas, sobre el derecho inherente al ser humano del respeto a la vida, la dignidad y la libertad.

La introducción de la temática de la *locura* en general, y la *capacidad* en particular, en la legislación civil, tuvo su bautismo tras la sanción de la ley 340 en el año 1871 que puso en vigencia el Código Civil argentino. En su artículo 141 se puede leer que la declaración de incapacidad por demencia estuvo dirigida para aquellas personas de ambos sexos que se hallaran en estado habitual de *manía, demencia* o *imbecilidad.* Éste era una cuestión que debía determinarse del *examen de facultativos,* esto es, doctores y médicos especialistas que debían determinar el grado y los alcances de la misma. Antes de avanzar haremos una breve consideración sobre una distinción fundamental que representa la Salud Mental tras la incorporación de la Convención en 2008, pero sobre todo tras la sanción de la ley 26.657 en 2010. Una de ellas radica en el derecho que tiene la persona humana de ser oída durante el proceso que determinará si es una persona con plena *capacidad de ejercicio* o si no, conforme a los artículos 31 a 38 del actual CCyCN:

Edgardo Castro (2011) distingue a partir de Foucault cuatro formas de “conciencia” en la constitución de la experiencia de la locura: la primera es la *conciencia crítica*, como aquella que “carece de definiciones, de conceptos y de puntos fijos”, donde no se trata de aquella conciencia que define la locura sino de aquella que experimenta una oposición inmediata en relación con ella y la denuncia a partir de lo “moralmente” sabio y lo razonable; la *conciencia práctica* de la locura, donde aquella conciencia inmediata entre la locura y la razón se revela a partir del grupo considerado como portador de las normas de la razón; es social y normativa, y acalla el lenguaje de la locura reduciéndola al silencio. En tercer lugar identifica una *conciencia enunciativa* de la locura, es decir, aquella donde por una simple aprehensión perceptiva afirma o niega, líricamente, la existencia de la locura, a la que reconoce inmediatamente a partir de la supuesta cordura de quien la percibe y que no siendo del orden del “conocimiento” sí lo es del “reconocimiento”; es decir, “designa” a lo Otro, sin instaurar ningún tipo de dialéctica. En cuarto y último lugar identifica una *conciencia analítica* de la locura donde finalmente se trata de una conciencia que conoce, que funda la posibilidad de un saber; no hay diálogo, ni ritual, ni lirismo del reconocimiento sino un saber con pretensión científica. En este sentido creemos que la legislación actual “da voz” a la *locura* permitiendo participar activamente durante todo el proceso a la persona en cuestión desviándose del paradigma o modelo anterior donde la *locura* no tenía ninguna voz y participaba de ese fenómeno que en algún otro lado hemos llamado de “imposición categórica” (Iglesias Frecha, 2015). Esta no consiste en otra cosa la posibilidad objetiva (legitimada jurídicamente) de “etiquetar” a una persona a partir de la nosografía psiquiátrica hegemónica, sin dar lugar al proceso reflexivo, interactivo y hermenéutico que presupone cualquier práctica y/o construcción teórica en ciencias sociales, silenciando la *otredad.* En este (como en otros muchos sentidos más), la medicina en general - y la psiquiatría como rama de la medicina en particular-, queda comprendida dentro de las ciencias sociales. De allí que la articulación entre el discurso jurídico y psiquiátrico así como las prácticas que posibilitan su reproducción adquieran la forma deun *dispositivo*, “un conjunto definitivamente heterogéneo que incluye discurso, instituciones, configuraciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En resumen: cosas dichas tanto como no dichas.” El dispositivo mismo, así entendido, es la *red* que se establece entre estos elementos: el Hospital General de Hombres, el Cuadro de Dementes, los esquemas explicativos en torno a la salud y la enfermedad, etc. La sanción de la ley de salud mental 22.431 del año 1981 es aquella que refleja en su máxima expresión la plasmación de dicho modelo rehabilitador, al ofrecer no sólo una definición de *persona discapacitada* sino también la de establecer las políticas para asegurar su integración, estableciendo en su artículo octavo que tanto el Estado Nacional (los tres poderes que lo constituyen, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos) “están obligados a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas.” La creación por Decreto Nº 1101/87 de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas, donde se auspicia, entre otras cosas, la creación un fondo “especial” para su integración, administrado por personas “calificadas” y “competentes” o el sistema de prestaciones de rehabilitación descrito en el art. 14 de la ley 24.901 del año 1997, cuyo objetivo es “la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que un persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social”. Como vemos, tanto esta comisión administrada por “competentes” y “calificados” es otra muestra cabal de este modelo rehabilitador que tiene como finalidad la integración de las personas en tanto y en cuanto sean *normalizadas* y aptas para trabajar.

**Hacia un modelo social para las personas con padecimiento psíquico basado en los derechos humanos**

Los presupuestos fundamentales del modelo social son básicamente dos: por un lado, las causas que originan la discapacidad ya no son ni religiosas ni científicas, sino *preponderantemente* sociales; y, por otro lado, se reconoce a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho. Cabe recordar que el actual CCyCN en Libro Primero –Parte General- y dentro el Título I –Persona Humana-, se ubica el Capítulo II que reglamenta el régimen de capacidad de las personas. Si en el Código del Dr. Vélez Sarsfield era definida como un atributo de la persona entre otros (tales como el nombre, domicilio, estado,etc.), a la luz de este nuevo paradigma conforma un verdadero Derecho Humano, quizás producto del proceso de internacionalización del derecho privado, receptado a través la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008), pero por sobre todo tras la reforma constitucional de 1994 en el artículo 75 inciso 22. Confrome lo que veníamos diciendo, hoy día ya no es preciso hablar de una “capacidad-atributo”, sino que hoy día hablar de capacidad jurídica implica mencionar un concreto y auténtico derecho humano –conforme doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos-. La actual ley de salud mental tiene como objeto el “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.” Esta legislación fue el resultado de un proceso de un programa tendiente a nacionalizar las políticas en materia de Salud Mental para que el total de las provincias asumieron plenamente los principios de la Ley, ya que diferían, por ejemplo, en la reglamentación de las internaciones involuntarias (que no en todas las provincias era considerada como un recurso de carácter excepcional), la forma de denominar a las personas con padecimiento mental (eran llamadas “enfermas mentales”) y el consentimiento informado (Hermosilla *et.al., 2012* yDe Lellis, M. *et.al.*, 2011*).* Los principios contenidos en la nueva plataforma normativa básicamente parten de considerar, conforme a los principios del *modelo social* al proceso de salud mental como “determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” Esto iba en paralelo con el hecho de considerar la *capacidad de derecho* de las personas como un derecho al punto tal que se presumiera *aun* si la persona se encontrase internada en un establecimiento asistencial, tal como lo expresa el artículo 31 del CCyCn y el tercero del capítulo II de la ley de Salud Mental 26.657. Las restricciones al ejercicio de la misma, conforme la legislación ya citada debía ser restricciones de “carácter excepcional” y abogando, ante todo, por la autonomía de la persona, priorizándose las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades, al estar ésta última reconocida en el Pacto San José de Costa Rica y diversos tratados de derechos humanos. Asimismo hay en el espíritu de las leyes una predisposición a erradicar el carácter estigmatizante, estático y vitalicio de la enfermedad con la nueva forma de conceptualizar el fenómeno de la persona que sufre o padece psíquicamente. Si para la sentencia judicial en el anterior Código de Vélez podía expedirse sólamente a través de la lectura del examen de facultativos y sin tener una entrevista personal con la persona, hoy ese “examen de facultativos” ya no es monopolizado por la disciplina psiquiátrica, sino que es de carácter interdisciplinar a la par que el juez está obligado a tener una entrevista con la persona antes de emitir una sentencia que determinase el alcance y la limitación del ejercicio de la capacidad. En esta misma línea se venía ya trabajando, desde una serie de disposiciones que dejaron de nominar a este colectivo como “*personas con discapacidad”* o *“enfermos mentales”* para pasar a llamarlas personas *personas con padecimiento psíquico* o *personas con discapacidad*, evidenciando el carácter contingente y no definitivo de tal situación, tal como la ley 24.901 del año 1997 que sería retomada para la “nacionalización” de la política en Salud Mental antes mencionada.

**Consideraciones finales**

En el año 2009 se dictó la Resolución Nº 675/2009 desde el Ministerio de Salud de la Nación mediante la cual se aprueba el modelo de Certificado Único de Discapacidad y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad, como así también la Unidad de Extensión Académica y Relaciones Interinstitucionales del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), el cual lleva adelante las instancias de capacitación de las Juntas Evaluadoras de la Discapacidad descentralizadas. Desde aquel año hasta la fecha se han emitido más de 600.000 Certificados Únicos de Discapacidad, de los cuales el 39,5% aproximadamente pertenece a la “exclusiva” categoría “Discapacidad Mental”. El marco conceptual del que parte esta entidad para definir la discapacidad -y que figura en el apéndice metodológico del Informe-, surge de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Dice que “Este concepto es tomado en los últimos documentos vigentes ya sea en materia de derechos -Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad- como en la producción de información sobre la realidad de las personas con discapacidad -Informe Mundial sobre discapacidad-, entre otros”. La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define a la Discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).” Dice que “Este concepto de discapacidad, que se encuentra enunciado en las normativas para la certificación de la discapacidad, permite agrupar a las distintas personas con alteración en el funcionamiento de acuerdo a 5 categorías: motora, visceral, mental, auditiva y visual.” En el año 2012 mediante la Disposición Nº 171/2012 del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), se pasa a definir a la Discapacidad Mental como “un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno *normalizado* , tomando como parámetro su capacidad habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas”. El diseño conceptual de este Servicio -nuevamente- se basó en el enfoque de la discapacidad que propone la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (Definido por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud), tomando en cuenta la definición que hace la OMS define a la Salud Mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. En 2014 mediante la Disposición Nº 197/2014 se sustituye el Anexo IV, la Planilla de Salud Mental, que integraba la Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad Mental aprobada por Disposición Nº 171/2012 del Registro del SNR, pasando a formar parte del presente como Anexo I en dicho Acto Administrativo donde ratifica la evaluación de personas mediante la utilización de dos clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Asimismo, sugiere que para la identificación de las condiciones de salud de origen mental puede ser “enriquecedor” el uso del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-IVTR) de la Asociación Americana de Psiquiatría, manual que, como su nombre lo indica, es elaborado en Estados Unidos de América en el seno de su contexto social y que, de este modo, es extrapolado a la nuestra. La incorporación de estos anexos por parte de la dirección del SNR parecen indicar que si bien estamos en presencia de un modelo social que desde lo legal impulsa y proporciona un sinfín de herramientas y plataformas tendientes a alternar la mirada en torno a la diversidad funcional, los manuales diagnósticos contienen la misma epistemología del modelo rehabilitador, donde se trata de *normalizar* al otro ser a través del ejercicio de la *imposición categórica*, donde las fronteras entre la disciplina médica y el poder judicial se vuelve porosa, resultando de esta filtración un menoscabo a los derechos humanos, tal como es el hecho de suministrar un cuestionario auto-administrado para elaborar un diagnóstico conforme al DSM IV (o su versión V) y a partir de allí emitir un CUD, como para hacer una evaluación de “riesgo cierto e inminente” en una materia que escapa a la lógica cuantitativa y que es, antes bien cualitativa e interdisciplinar. Los diversos comunicados emitidos desde la Asociación de Psiquiatras Argentinos no hace más que revelar el carácter sectario y endogámico de ese colectivo, que lejos de contribuir a un proceso de desinstitucionalización de la *locura* prefieren estudiarla, a menudo con un dudoso “consentimiento informado”, puesto que muchos de los pacientes institucionalizados de manera involuntaria son medicalizados al punto tal que éste nuevo estado inducido por los fármacos es el que pasa a constituir su “disfunción” social. Es necesario -retomando a Weber- ver hasta qué punto la racionalización de las esferas religiosas -que antes contenían la explicación del padecimiento en términos de posesión demoníaca- o el mismísimo positivismo de corte cientificista contribuyen al reconocimiento de las personas con padecimiento psíquico como sujetos de derecho. Sería necesario encontrar el punto justo de equilibrio que permitiera que la autonomía creciente que asumen las esferas de la vida, y con ello las disciplinas científicas en general, no afectase al reconocimiento y goce de los derechos humanos que diera lugar a una convivencia más armoniosa ya que, cuando se pone en juego la capacidad de ejercicio de una persona se está disponiendo sobre derechos tan sustanciales a la condición de persona como la dignidad, autonomía y libertad, es decir, sus derechos humanos.

.

**Bibliografía**

Aguado Díaz, A.L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Ed.:Escuela Libre, Madrid, España.

Braunstein, N.A (2013) *Clasificar en psiquiatría*. Ed. Siglo XXI, Bs.As, 2013.

Castro, E. (2011) “*Diccionario Foucault*” Ed.: Siglo XXI, Buenos Aires, 2011.

Cataldo, R. & Hermosilla, A.M. (2012). *LEY DE SALUD MENTAL 26.657. ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS*. Artículo publicado en PSIENCIA. Revista Latinoamericana de CIencia Psicológica, 4(2), 134-140.

De Lellis, M. & Sosa, M. (2011, agosto). *Modelos de atención: un análisis comparado de la legislación provincial y la ley nacional de salud mental.* Ponencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población realizada en el Instituto de In- vestigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina.

Fernández, M.N., (2011). *Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Abordaje comparativo entre el paradigma médico previo, y el actual modelo social de enfermedad mental.* Ponencia presentada en V Congreso Marplantense de Psicología, Mar del Plata, Argentina.

García, L. N. (2008). *Perspectivas sobre el proyecto de ley de salud mental*. PSIENCIA. Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica, 1, 26-28.

GARLAND, R. (1995) *The eye of the beholder. Deformity & Disability in the Graeco—Roman world.* Ed.: Duckworth, London.

Huxley, A. (1972). *Los demonios de Loudun.* Ed.: Planeta, Barcelona, España, 1972.

Iglesias Frecha, J.M (2015) Conceptos y conceptuados. *De la imposición categórica al encierro.* Ponencia presentada en las XI Jornadas de Sociología realizada en la Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina

Ingenieros, J. (1919) *La locura en la Argentina*. Ed.: Meridion S.R.L, Buenos Aires, 1954.

Kuhn, T.S. (1960). *La estructura de las revoluciones científicas*. Ed.: FCE, 2006.

Palacios, Agustina (2008) *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Colección CERMI.ES N°36.

Sautu, R. *et. al* (2010) *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Ed.: Prometeo,Bs.As, Argentina, 2010.

Scheerenberger, R. C. (1983) *Historia del retraso mental.* Recuperado de: http://sid.usal.es/16782/8-1

Servicio Nacional de Rehabilitación (2015). *Informe Anuario Estadístico.* Recuperado de: https://www.snr.gob.ar/datos-estadisticos/

Valdizán, H. (1905). *La alienación mental entre los primitivos peruanos.* Lima. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/Antiguos/Valdizan\_H\_1915/indice.htm

Weber, M. (1922) *Economía y sociedad*. Ed.Fondo de Cultura Económica, España, 1964.