

Original

Hacia un paradigma situacional en el campo de la salud mental

ANIBAL ARECO, JUAN MANUEL ARECO, MAXIMILIANO LUNA

ANIBAL ARECO
Médico especialista en
Psiquiatría y Medicina Legal.
Universidad de Buenos Aires
(UBA).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

JUAN MANUEL ARECO
Licenciado en Psicología.
Universidad de Belgrano (UB).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

MAXIMILIANO LUNA
Médico especialista en
Psiquiatría y Medicina Legal.
Psiquiatra Forense de la
Justicia Nacional (CSJN).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 09/06/2021
FECHA DE ACEPTACIÓN: 13/08/2021

CORRESPONDENCIA
Dr. Anibal Areco.
Maure 2248, piso 2, depto. 5.
C1426CUP.
Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, R. Argentina;
anibalarecoprieto@gmail.com

Este artículo tiene como propósito realizar un recorrido por los distintos paradigmas de la salud mental que han tenido lugar en Argentina desde la sanción en el año 1869 del primer *Código Civil de la Nación* hasta la actualidad. Para abarcar esta temática, pondremos el foco en la intersección de dos campos disímiles como lo son la salud y el derecho. Partimos del análisis histórico de la legislación en nuestro país, para así analizar los diferentes términos y principios que han sido la base estructural de visiones hegemónicas en el ámbito sanitario específicamente en el campo de la salud mental. Para la realización de nuestro estudio analizamos el paradigma de la peligrosidad y el actual paradigma del riesgo desde una mirada crítica y propositiva vislumbrando nuevos desarrollos hacia un paradigma situacional.

Palabras clave: Riesgo – Peligrosidad – Daño – Internación involuntaria.

Towards a Situational Paradigm in the Mental Health Care Field

The purpose of this article is to analyze the different paradigms of mental health that have taken place in Argentina since the sanction of the first National Civil Code in 1869 to the present day. We focus on the intersection of two dissimilar fields such as health and law. We start from the historical analysis of the legislation in our country, in order to analyze the different terms and principles that have been the structural basis of hegemonic views in the health field, specifically in mental health. To carry out our study, we analyze the paradigm of dangerousness and the current paradigm of risk from a critical and proactive perspective, envisioning new developments towards a situational paradigm.

Keywords: Risk - Dangerousness - Damage - Involuntary Hospitalization.

Introducción

Desde la entrada en vigencia del *Código Civil* redactado por Dalmacio Vélez Sarsfield a mediados del siglo XIX hasta la actualidad, distintos paradigmas han guiado la práctica clínica y asistencial en el campo de la salud mental en nuestro país. Consideramos entonces fundamental iniciar nuestra investigación definiendo el concepto de paradigma, tomando como principal referencia la obra del pensador norteamericano Thomas Samuel Kuhn.

En el texto *The Structure of Scientific Revolutions* (*La Estructura de las Revoluciones Científicas*) publicado como libro en 1962, el autor explica que existen dos momentos o ciclos distinguidos dentro de cualquier disciplina científica, delimita entonces los procesos el de «ciencia normal» y el de «ciencia revolucionaria» [8].

La «ciencia normal» refiere al período en el que un discurso científico goza de estabilidad teórica. Esto implica que los saberes se encuentran alineados con el paradigma imperante de la época, por ende la producción de conocimiento, junto a su posterior aplicación práctica, se acumula y se orienta en torno a esas ideas hegemónicas. Esta hegemonía deja por fuera otros modos de comprender la realidad que contradicen a las normas rectoras del momento.

En contraposición, la «ciencia revolucionaria» designa al tiempo en que estos saberes entran en colisión ya sea por nuevas producciones científicas, por límites y contradicciones propios del mismo modelo o por fenomenologías novedosas para las que no puede ofrecer explicaciones sólidas como sí las ofrecía anteriormente. Es un momento de crisis dentro del campo científico. Esta coyuntura es propicia para el desarrollo de nuevas teorías que se disputarán el trono de la hegemonía para consolidarse como un nuevo paradigma.

Mencionados ya ambos procesos, es momento ahora de definir uno de los términos centrales de nuestro trabajo. Kuhn emplea el término paradigma bajo distintas acepciones y desde distintos enfoques a lo largo del desarrollo de su teoría. «Un para-

digma es lo que comparten los miembros de una comunidad científica y, a la inversa, una comunidad científica consiste en unas personas que comparten un paradigma» es quizás una de las definiciones más sencillas que ofrece de este concepto, mas no debe ser descartada por su simpleza, por el contrario, sintetiza de manera concreta algunas de las ideas que estamos trabajando [16].

En tanto comprendemos que la salud mental es un campo de conocimiento y una práctica que se rige por un marco teórico legal e institucional, entonces no considerar las normativas vigentes en los distintos momentos históricos en la República Argentina implica un análisis reduccionista de la historia de nuestro campo. Es en el entrecruzamiento entre salud mental y derecho que se ven reflejados los paradigmas propios de cada época dentro de este campo específico. Por ende, nuestra investigación se estructura en cuatro etapas correspondientes a la vigencia de distintas legislaciones en nuestro país.

Primera etapa

La primera etapa corresponde al período comprendido entre el primer día del año 1871, fecha en la que entró en vigencia el *Código Civil de la Nación* redactado por Vélez Sarsfield y el 20 de septiembre del año 1983, cuando entró en vigencia la *Ley 22.914/1983* de internación y egreso de establecimientos de salud mental [11]. Esta etapa suele estar asociada con el paradigma de peligrosidad. Según diversos autores, este paradigma tiene una fuente criminológica ya que proviene del derecho criminal y una naturaleza epistemológica basada en la peligrosidad, concepto heredado de la escuela criminológica positivista italiana.

Este período de más de un siglo está caracterizado por rasgos positivistas del abordaje jurídico y normativo en lo que respecta a las internaciones psiquiátricas involuntarias. El texto completo del artículo 482 del código civil de Vélez Sarsfield expresa lo siguiente: «El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial» [14]. Hasta aquí las palabras

redactadas originalmente por Vélez Sarsfield. A continuación, se citarán dos párrafos agregados por la *Ley 17.711/1968*. «Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que, por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen de médico oficial. A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aún evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimento» [10].

En relación con las internaciones psiquiátricas involuntarias, en el año 2006, el Dr. José María Martínez Ferretti, uno de los más importantes tratadistas de los aspectos normativos de la temática, comentaba que «A escala nacional, esta norma [el Código Civil y en particular su artículo 482] constituyó la única legislación de fondo hasta la Reforma del Código Civil de 1968 a través de la Ley 17.711, que le incorporó dos párrafos al mismo artículo. Contempla así la internación de sujetos sin necesidad de una declaración de insania como lo hacía antes la norma –pudiendo actuar el juez con una información sumaria–, la conducta hacia alcoholistas y toxicómanos, la posibilidad de internación con fines de tratamiento, la intervención de la policía en los casos en que se alterase el orden público y la actuación de un defensor especial para que la internación no se prolongue más de lo necesario. Sin embargo, nada específica sobre la situación de urgencia cuando no puede consultarse al juez, si el egreso requiere o no autorización judicial, o acerca de la capacidad legal de los pacientes durante la internación. Consideramos oportuno señalar aquí que el Código Civil, como leíamos, se refiere a **riesgo de daño** y no a la expresión muy frecuentemente utilizada

desde ámbitos jurídicos y asistenciales de **peligrosidad**» [18, p.36].

Es importante resaltar las últimas palabras de la cita, efectivamente, la ley no habla en términos de peligrosidad; por ende, el paradigma que lleva ese mismo nombre surge como resultado de una lectura subjetiva de la ley. Por otra parte, según el Dr. Martínez Ferretti, la norma hace referencia al riesgo de daño.

Tanto el código civil vigente en nuestro país entre 1871 y 2015 como su reforma del año 1968 se sustentaron en el concepto de daño al momento de regular las internaciones psiquiátricas involuntarias. Es importante aclarar que el concepto de daño tuvo vigencia en el período entre 1871 y 1983, ya que se lo abandonó al entrar en vigencia la *Ley 22.914/1983* [11] reglamentaria del código de fondo, dando paso a la consideración exclusiva de un diagnóstico médico y/o psiquiátrico y a la opinión fundada de un médico sobre la necesidad de internación, como únicos requisitos para la realización de una internación psiquiátrica involuntaria.

Sin embargo, el *Código Procesal Civil y Comercial de la Nación* de 1981 utiliza al referirse a los procedimientos para la declaración de demencia, el término «peligrosidad» en el artículo 624 y el término «peligro» para sí o para terceros en el artículo 629, haciéndolo también las disposiciones judiciales que ordenan los exámenes de pacientes o su internación [9, 18].

En el año 2010 (ocho meses antes de la sanción de la *Ley Nacional de Salud Mental*, Ley 26.657) E. Toro Martínez y L. Ghioldi [7] propusieron la existencia de «al menos dos tipos de peligrosidad claramente delimitadas: a) La peligrosidad psico-psiquiátrica grave, cierta e inminente», la cual homologaban al «diagnóstico de *riesgo grave, cierto e inminente* y en consecuencia, indicar una internación por presentar peligrosidad para sí o terceros»; y «b) La peligrosidad potencial: la conducta perjudicial podría desplegarse pero no se sabe cuándo». Consideraban así que, «esta distinción entre la peligrosidad inminente (riesgo grave, cierto e inminente) y la peligrosidad potencial fundamentan la conceptualización de dos

tipos de internaciones: 1) la urgente (que puede ser compulsiva o no) que es imposterizable porque hay riesgo grave, cierto e inminente de daño y 2) la internación terapéutica que es cuando hay peligrosidad potencial dada por la condición psiquiátrica, pero no puede predecirse cuándo ocurrirá la acción disvaliosa» [7, p.67]. Esta conceptualización que homologaba el concepto de peligrosidad al concepto de riesgo se vio interpelada por la letra de la ley sancionada pocos meses después de la publicación de este artículo.

Por su parte, Antonio Andrés-Pueyo considera que «en la actualidad, el concepto de peligrosidad es polisémico y tiene tres significados distintos, si bien están muy interrelacionados porque han evolucionado conjuntamente a lo largo del siglo XX en el contexto de las ciencias jurídicas, las forenses y la criminología. Cada uno de estos significados proviene de una tradición distinta y tienen un referente comportamental también distinto. Uno de los significados, propio de la realidad jurídica, relaciona la peligrosidad con la probabilidad de reincidir, el segundo proviene de la tradición forense que asocia la peligrosidad a la presencia de un estado patológico y mental peligroso (producido por la enfermedad mental, el trastorno de personalidad o la propia personalidad del sujeto) y el tercero, enraizado en la criminología y que asocia la peligrosidad a la gravedad del delito, generalmente violento». [1, p.492]

Segunda etapa

Esta etapa abarca el período comprendido entre el 20 de septiembre del año 1983 y el 7 de diciembre del año 2010. El recorte cronológico se inicia con la entrada en vigencia de la *Ley 22.914/1983* [11] y se cierra con la entrada en vigencia de la *Ley 26.657* [12].

Para la mayoría de los autores, en este espacio temporal, se mantiene imperante el paradigma de la peligrosidad. La diferencia con la etapa predecesora radica en una caída de los criterios positivistas del derecho penal punitivo y una convalidación y consolidación de los criterios médicos y psicopatológicos.

Lo recientemente comentado se cristaliza en la letra de la ley en lo que se refiere a las internaciones por salud mental. El código civil

reformado en 1968 necesitaba, igualmente, una reglamentación, y así fue entendido por el Poder Judicial que propició la redacción de la que terminó siendo la *Ley 22.914* del año 1983, que disponía cuatro tipos de internaciones: 1) por orden judicial, 2) a pedido del propio interesado o su representante legal, 3) por disposición de la autoridad policial y 4) en caso de urgencia. Si pensamos las cuatro modalidades de internación en términos actuales, solo una es de carácter «voluntario» mientras que las otras tres modalidades de internación correspondían a internaciones de carácter «involuntario» [17, 18].

Esta ley solamente exigía para la modalidad de internación «voluntaria», como se puede leer en la norma «a pedido del propio interesado o su representante legal», la realización de un dictamen (orden) médico que debía contar con los siguientes requisitos: 1) los datos del paciente, 2) el diagnóstico y 3) una opinión fundada sobre la necesidad de la internación. Para las otras tres modalidades de internación, entendiéndose de carácter «involuntario», la norma solamente establecía la obligatoriedad de realizar un dictamen (orden) realizado por un médico oficial (el médico legista de la policía) y un segundo dictamen médico realizado por el director del establecimiento internativo o un dictamen médico del director convalidando el dictamen de otro médico del establecimiento [17].

Tercera etapa

Como ya hemos mencionado, esta etapa comienza tras la promulgación de la *Ley Nacional de Salud Mental, Ley 26.657* [12] el 7 de diciembre del año 2010 y tiene su fin, el 25 de mayo del año 2013, fecha en la que fue aprobado el decreto reglamentario del P.E.N. *Decreto 603/2013* [5]. Desde nuestra investigación, comprendemos que es una etapa de transición entre el paradigma de peligrosidad y el paradigma del riesgo que impera en la actualidad, motivo por el cual caracterizamos a este proceso como de interregno. Retomando lo planteado en los primeros párrafos de este trabajo, podemos trazar un paralelismo con la caracterización kuhniana de los ciclos de la ciencia y considerar a esta tercera etapa como un período de «ciencia revolucionaria».

¿Por qué hablar de transición o interregno si en el cuerpo de la ley ya se utiliza el concepto de riesgo? En distintos artículos de la ley se hace uso de este término, no siempre bajo la misma acepción ni contexto. En el artículo 5 se explicita que «la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado» [12]. De esta cita podemos destacar dos cuestiones. En primer orden, este texto es un claro reflejo del cambio de criterio que pregonaba esta legislación con respecto a su antecesora del año 1983. Los criterios médicos y psicopatológicos dejan su lugar de privilegio mientras que la noción de riesgo toma relevancia dentro del discurso legal. Entendemos en este movimiento el inicio de una predominancia del discurso legal por sobre el psicopatológico. Por otro lado, es interesante destacar que en este artículo de la ley se habla de «riesgo de daño», la misma terminología utilizada por el Dr. Martínez Ferretti [18] en su análisis (año 2006) de la antigua ley enmarcada en el código civil de Vélez Sarsfield.

Nos centraremos ahora en una cuestión nuclear de nuestra investigación, tal es lo referente a los criterios de internación involuntaria en la Ley 26.657 y en el nuevo *Código Civil y Comercial de la Nación* de 1994, que entró en vigencia en 2015. En relación a las internaciones involuntarias, la ley 26.657 es la reglamentación del código de fondo. El concepto de riesgo juega aquí un papel determinante y preponderante. El artículo 20 de la ley afirma que «la internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros» [12]. Como se puede observar, a diferencia de lo expuesto en el artículo 5, aquí no se habla de «riesgo de daño», sino de «riesgo cierto e inminente». Al mismo tiempo, el inciso b del artículo 41. «Internación» del nuevo *Código Civil y Comercial de la Nación* de 2014 establece que «la internación sin

consentimiento de una persona sólo procede ante la existencia de riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros» [13].

Pasaremos entonces a analizar esta fórmula de «riesgo cierto e inminente». Previamente hemos rastreado fórmulas similares que se emplearon en otras normativas legales. El artículo segundo de la Ley 26.657 expresa: «Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991». No es un dato menor que estos principios constituyan la única normativa internacional incorporada a la ley, mientras que otros documentos como la Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, sean considerados «instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas».

Dentro de los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental* (año 1991) [20], el Principio N°16, que lleva por nombre Admisión involuntaria, se estipula que «una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere: a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros». En esta última frase se puede leer una fórmula similar, mas no idéntica, a la que plantea el artículo 20 de nuestra ley. Por último, otro antecedente que se puede mencionar es la Ley 448/2000 de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires, que en su artículo 29 dispone que «la internación involuntaria de una persona procede cuando a criterio del equipo profesional mediere situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros» [14].

Ahora vamos a analizar la fórmula que nos ocupa. Primeramente la definición que ofrece la Real Academia Española del término «riesgo», es esta: «contingencia o proximidad de un daño». Tomando como base esta acepción, comprendemos que riesgo implica daño, entendiendo este último término desde una perspectiva jurídica. «A diferencia del concepto de peligro, riesgo apunta a la proximidad de un daño, al estar expuesto a un hecho dañoso en forma activa o pasiva, así como a la vulnerabilidad frente al mismo. Representa “al estar” y por ende se constituye en una valoración situacional» [21, pp. 145, 148]. Silva plantea la posibilidad de estar transitando en un nuevo paradigma al que denomina «paradigma de la riesgosisdad».

Para Angelini, «la concepción del riesgo como algo adverso, negativo, siempre como peligro fue colonizando las especialidades científicas y técnicas, y fue ligándose a un uso profesional en especial en aquellos saberes o profesiones vinculadas a las técnicas de control social (medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social, etc.)» [2, p.3].

Entendemos que el concepto de riesgo tiene un carácter abstracto y trabajaremos sobre tres rasgos o características intrínsecas y esenciales del mismo. Los dos primeros rasgos son la temporalidad y la probabilidad. El tercer rasgo se refiere a un aspecto valorativo del término con connotaciones negativas. De la articulación de estas características, arribamos a la idea de que el riesgo comprende la potencialidad y la probabilidad de que ocurra un daño en el futuro o las consecuencias eventuales que puede generar un evento o situación actual en el futuro.

No obstante, ya hemos visto que la ley habla puntualmente en el artículo 20 de «riesgo cierto e inminente» [12]. Riesgo cierto, además, es una fórmula con una inconsistencia lógica notable, ya que pretende adjetivar (y en realidad lo contradice) al término riesgo,

de esencia probabilística, con un rasgo de certeza. ¿Cómo puede un término esencialmente probabilístico y potencial cumplir con características de certeza e inminencia? Para esbozar una respuesta, retomaremos las ideas de Kuhn. A partir de lo que el autor teorizó sobre los procesos de «ciencia revolucionaria» y «ciencia normal», entendemos que los mismos no son segmentos temporales claramente delimitados. Como todo proceso, la instalación de un nuevo paradigma conlleva un período cuyos límites son difusos. La instalación del paradigma del riesgo no aparece con la entrada en vigencia de la Ley 26.657, por el contrario, la ley es un reflejo de debates, discusiones y desarrollos teóricos que ya estaban presentes en el campo de la salud mental y que continuaron y persisten aún con la existencia de la legislación.

Como las agendas pública y sistémica muchas veces no coinciden, los tiempos institucionales tampoco son los mismos que los del debate científico. De aquí, esta etapa de interregno que estamos analizando. Es importante aclarar, con base en lo explicado, que esta etapa no delimita la transición entre un paradigma y el otro, sino que forma parte de la misma. Es esperable que un proceso como este esté atravesado por contradicciones hasta la instalación de un nuevo marco teórico que logre consolidarse como paradigma.

Cuarta etapa

El 29 de mayo del año 2013 se publica en el Boletín Oficial de la República Argentina el *Decreto 603/2013* que reglamenta la *Ley Nacional de Salud Mental* N°26.657. Este hecho da inicio a la cuarta y última etapa de nuestro recorrido histórico. Esta reglamentación intenta zanjar algunas de las nebulosas antes mencionadas.

En un trabajo de 2016, Julia Martín afirma que «la práctica clínica que se orienta por la evaluación del riesgo y no de la peligrosidad parte de la idea de que un paciente puede entrar y salir de una situación de riesgo cierto e inminente de daño, mientras que la peligrosidad es una condición que la persona portaría indefinidamente» [17, p.281]. Este cambio de enfoque en la evaluación clínica es uno de los pilares del nuevo paradigma.

Por su parte, Mazzoglio plantea que «en la práctica profesional es crucial identificar el riesgo que supone la conducta disruptiva de una persona, los factores que se relacionan con él, en el plano causal y las intervenciones que deben llevarse a cabo para gestionarlo o reducirlo. Es un procedimiento técnico para calcular la probabilidad de la aparición de una conducta disruptiva, que debe tomar en cuenta condiciones pasadas, presentes y futuras, para ello es necesario seleccionar la información relevante y significativa para cada caso particular, con el objetivo de conocer las condiciones que pueden aumentar o reducir el riesgo de mantener esa alteración conductual. Existen 3 grandes aproximaciones para valorar el riesgo: a. evaluación clínica no estructurada. b. evaluación a través de instrumentos. c. evaluación clínica estructurada» [19, p.18].

En la reglamentación del artículo 20 de la Ley 26.657, se expresa que se entiende por riesgo cierto e inminente a «aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros» [5]. Comprendemos entonces que riesgo es, para la propia legislación vigente, «riesgo de daño». Esta aseveración nos conduce a introducirnos en el estudio del término «daño» en el campo del derecho. En el discurso normativo del derecho, el concepto de daño es el producto o la consecuencia de un crimen o un delito, de la transgresión de la ley o de la ruptura del pacto social. Es un concepto que se originó en la Revolución Francesa, dejando atrás en la historia el concepto de falta que se refería a una infracción a la ley religiosa, a la ley natural, y a la ley moral [6]. En el discurso normativo que estamos analizando en este momento, los conceptos de riesgo y de daño son inseparables e indistinguibles. Incluso, como ya hemos visto anteriormente, en el código civil de 1871 Dalmacio Vélez Sarsfield priorizó la elección del concepto de daño para incorporarlo a la redacción del artículo 482: «El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros» [14]. Es menester destacar que la modificación del código civil de 1968 incor-

poró al artículo 482 el concepto de daño a la salud, el concepto de enfermedad mental (extensivo a alcoholistas crónicos o toxicómanos) y el concepto de la afectación de la tranquilidad pública.

Si comprendemos entonces, como plantea Foucault, al delito o al crimen como un daño social, nos estamos remitiendo a la noción de seguridad en el plano individual y en el plano social, y su necesidad de preservación, plasmada como uno de los derechos humanos fundamentales en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de la ONU de 1948 en su Artículo 3 que expresa que «todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona» [4].

Por su parte, la Ley 26.657 y su reglamentación (Decreto P.E.N. N° 603/2013) plantean en el artículo 20 una fórmula de internación cuando a criterio del equipo interdisciplinario en salud mental asistencial «mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros». Como ya hemos aclarado, en el contexto de esta ley, el concepto de riesgo es «riesgo de daño». Es decir, que la Ley 26.657 y su reglamentación recurren, al momento de darle tratamiento a las internaciones involuntarias de salud mental, al restablecimiento normativo del concepto decimonónico de daño, aquel concepto príncipes del derecho penal positivista que da sustento al paradigma de la peligrosidad.

«En este nuevo contexto, en el que la internación se admite y define en el ámbito sanitario, el rol del juez opera el control de legalidad del procedimiento, de la decisión internativa y de su mantenimiento, pudiendo sostener la internación aún en oposición del criterio del equipo interdisciplinario, claro está: en tanto cuente con otros informes que científicamente avalen su decisión. [...] El control judicial, como dijimos, es de **legalidad** y **razonabilidad** de la internación, y su resultado será la decisión judicial a dictarse en el plazo máximo de tres días corridos desde la notificación [...]». [3, p.107]

Si bien comprendemos que los discursos del derecho y del campo de salud mental no necesariamente coinciden, debemos destacar que los mismos tienen una inevitable

articulación en el terreno clínico y asistencial. Considerando este entrelazamiento no es un hecho menor que la normativa legal arrase con el relato discursivo del supuesto nuevo paradigma.

Conclusión

Evalúamos que el paradigma del riesgo no refleja en su marco legal lo que promete en su discurso. Si bien quienes encarnan hoy esta posición hegemónica han buscado separarse discursiva, teórica e ideológicamente del paradigma de la peligrosidad que imperaba anteriormente, el marco legal resulta un límite que acerca a ambos paradigmas.

Como parte de la discusión, y a modo de cierre y conclusión puesto que nuestro análisis busca abrir nuevos horizontes de pensamiento y por lo tanto no puede carecer de una propuesta. Consideramos que el enfoque debe correrse del riesgo y el peligro para ubicarse en la situación en la que se encuentra la persona, tal como lo establece el artículo 20 de la Ley 26.657 [12].

De este modo, coincidimos con que la evaluación interdisciplinaria de la salud mental de una persona debe estar a cargo del equipo interdisciplinario de salud mental asistencial de la institución donde se realizaría la internación. La tarea a efectuar por dicho equipo es la evaluación interdisciplinaria situacional.

Esta evaluación situacional consiste en valorar si la persona se encuentra en una «situación, contingencia o proximidad de un daño de entidad seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros condicionada por un padecimiento mental» (*Código Civil y Comercial de la Nación* de 2014, Ley

26.657/2010 y Decreto Reglamentario N° 603/2013).

En nuestra propuesta entendemos que la evaluación interdisciplinaria situacional consiste específicamente en la valoración y análisis de distintas variables interdependientes que listamos a continuación:

- Evaluación psicopatológica interdisciplinaria.
- Antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos, personales y familiares.
- Estudios complementarios.
- Interconsultas con otros especialistas (médico clínico, médico toxicólogo, médico cardiólogo, médico infectólogo, etc.) en caso de considerarse necesarias.
- Contexto personal, familiar y social.
- Cobertura en el sistema de salud: obra social, medicina prepaga o salud pública.
- Condición judicial.

La realización de la evaluación interdisciplinaria requiere la presencia de un equipo de salud interdisciplinario, de una infraestructura adecuada y un tiempo (entre 12 y 48 horas hábiles) de observación y evaluación para alcanzar a reunir la información necesaria y poder producir un informe interdisciplinario con rigurosidad científica.

Por último, debemos señalar que el objetivo de esta evaluación es realizar un informe interdisciplinario que refleje las conclusiones correspondientes y pertinentes del equipo interdisciplinario de salud mental asistencial. Creemos que esta propuesta puede saldar las discusiones y tensiones entre los paradigmas del riesgo y de la peligrosidad, para pasar a entender los problemas del campo de la salud mental bajo una perspectiva alineada con un nuevo paradigma en construcción, al que denominamos paradigma situacional.

Referencias

1. Andrés-Pueyo A. Peligrosidad criminal: análisis crítico de un concepto polisémico. En: Crespo ED, dir. *Neurociencias y derecho penal. Nuevas perspectivas en el ámbito de la culpabilidad y tratamiento jurídico-penal de la peligrosidad*. Buenos Aires: B de F; 2013. pp. 483-503.
2. Angelini S, Carrillo MF, Irie A, Pena A. La ley 26657 y la evaluación de la situación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias. Trabajo presentado en las IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud Y Población: Derecho a la Salud y Protección Social. Instituto de Investigaciones

- Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. 10-12 de agosto, 2011.
3. Caramelo G, Herrera M, Picasso S, directores. Código Civil y Comercial de la Nación Comentado. Tomo I. Buenos Aires: Infojus, 2015.
 4. Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 3. París: Organización de las Naciones Unidas; 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
 5. Decreto P.E.N. N° 603/2013. Reglamentación de la Ley 26.657. Buenos Aires: Poder Ejecutivo de la Nación Argentina; 28 de mayo de 2013. Boletín Oficial 32649. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-215485/texto>
 6. Foucault M. La verdad y las formas jurídicas. Barcelona: Gedisa; 1996.
 7. Ghioldi L, Toro Martínez E. Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros. Vertex. 2010; 21(89):63-9. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex89.pdf>
 8. Kuhn T. The Structure of Scientific Revolutions. Chicago: University of Chicago Press; 1962.
 9. Ley 17.454; Código Procesal Civil y Comercial de la Nación. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina, sanción 18 de agosto de 1981. Disponible en la WEB: <http://www.saij.gob.ar/17454-nacional-codigo-procesal-civil-comercial-nacion-Ins0004592-1981-08-18/123456789-0abc-defg-g29-54000scanyel>
 10. Ley 17.711; Código Civil de la Nación. Reforma del Código Civil. Buenos Aires: Poder Ejecutivo de la Nación Argentina; 22 de abril de 1968. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/17711-nacional-reformas-al-codigo-civil-Ins0001113-1968-04-22/123456789-0abc-defg-g31-11000scanyel>
 11. Ley 22.914/1983. Régimen legal de la internación en establecimientos asistenciales. Buenos Aires: Poder Ejecutivo de la Nación; 15 de septiembre de 1983. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22914-175978/texto>
 12. Ley 26.657; Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina; sanción 25 de noviembre del 2010. Disponible en: [http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/a](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm)
 13. Ley 26.994; Código Civil y Comercial de la Nación. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina; sanción 7 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/nuevo-codigo-civil-y-comercial-de-la-nacion>
 14. Ley 340; Código Civil de la Nación. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina; sanción 25 de septiembre de 1869. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/340-nacional-codigo-civil-Ins0002653-1869-09-25/123456789-0abc-defg-g35-62000scanyel>
 15. Ley 448. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires/2000. Buenos Aires: Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; sanción 27 de julio de 2000. Disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley448.html>
 16. Marín Gallego JD. Del concepto de paradigma en Thomas S. Kuhn, a los paradigmas de las Ciencias de la cultura. Magistro. 2007;1(1):73-88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4038923>
 17. Martín J. El fundamento de la internación en salud mental en la actualidad: la "situación de riesgo cierto e inminente" en cuestión. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 2016;62(4):279-83
 18. Martínez Ferretti JM. Entre la ley 22914 y la ley 448: el marco legal de las internaciones psiquiátricas en la ciudad de Buenos Aires. Vertex. 2006;17(65):35-42. Disponible en: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex65.pdf>
 19. Mazzoglio y Nabar MJ. Pallares MC, Schraier G, Sierra V, Rubio Domínguez ER, Dumeynieu I. Triage en guardia de salud Mental. Propuesta de aplicación para un hospital de emergencias psiquiátricas de la Ciudad de Buenos Aires enmarcado en el concepto de riesgo. En: Psiquiatría N° 40 [Internet]. Buenos Aires: Editorial Sciens; 2020.
 20. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental. Ginebra: Naciones Unidas; 17 de diciembre de 1991. Disponible en: <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/RES/46/119>
 21. Silva DH. Riesgosidad: un nuevo paradigma y desafío pericial. En: Ortiz DO, dir. Revista de Actualidad. Derecho de Familia en el Código Civil y Comercial 6. Buenos Aires: Ediciones Jurídicas; 2017. pp. 145-60.