

LA LEY DE SALUD MENTAL ARGENTINA Y EL PSICOANÁLISIS. CONSIDERACIONES A PARTIR DE UN ESTUDIO EXPLORATORIO

THE ARGENTINIAN NATIONAL MENTAL HEALTH LAW AND THE PSYCHOANALYSIS. CONSIDERATIONS FROM AN EXPLORATORY STUDY

López, Giselle A.¹; Salomone, Gabriela Z.²

RESUMEN

En función de la nueva legislación argentina en materia de salud mental, en particular la Ley 26657 (2010), y su incidencia en la praxis del psicoanálisis en dispositivos públicos de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, presentamos algunos resultados cualitativos preliminares de un estudio en terreno, a partir del análisis de entrevistas a informantes clave. El objetivo es sistematizar algunas de las cuestiones éticas que los propios psicoanalistas identifican en relación con la nueva normativa.

Palabras clave:

Ley - Salud Mental - Psicoanálisis

ABSTRACT

In this paper, we present some preliminary qualitative results from a field study of the ethical aspects of the psychoanalytic practice within health public devices. In this occasion, we will focus upon the Argentinean mental health law N° 26657 (2010) and its impact on the practice of Psychoanalysis in public health services in the City of Buenos Aires. From the analysis of key informant interviews, the aim is to systematize some of the ethical questions that the psychoanalysts identify in relation to the new regulation.

Key words:

Law - Mental Health - Psychoanalysis

¹Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Maestranda en Psicoanálisis. Becaria de Investigación en Proyecto UBACyT "Nuevas concepciones en Salud Mental: dilemas éticos frente a las recientes modificaciones del marco jurídico e institucional y de los dispositivos de atención. Estudio exploratorio descriptivo a partir de una investigación cuali-cuantitativa". (Programación Científica 2014-2017.. Dir. Prof. Gabriela Z. Salomone). Docente de la Cátedra I Psicología, Ética y Derechos Humanos y de la Práctica de Investigación La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Email: gisellelopez@psi.uba.ar

²Licenciada en Psicología, UBA. Psicoanalista. Prof. Adjunta Regular en Cátedra I Psicología, Ética y Derechos Humanos y Coordinadora General de la Práctica de Investigación La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Directora del Proyecto UBACyT Dilemas éticos en la práctica psicológica: el diálogo con otros discursos disciplinares en contextos institucionales diversos. Estudio exploratorio descriptivo en base a una investigación cualicuantitativa. (Programación científica 2012-2015. Secretaría de Ciencia y Técnica, Universidad de Buenos Aires) y anteriores.

INTRODUCCIÓN

Como parte de un estudio de las cuestiones éticas de la práctica¹ psicoanalítica en dispositivos públicos de salud², presentamos algunos resultados cualitativos preliminares de un estudio en terreno, a partir del análisis de entrevistas a informantes clave. En esta ocasión, nos abocaremos al estudio de la normativa argentina de salud mental, en particular la Ley nacional N° 26657, que fuera sancionada en 2010 y reglamentada en 2013 (Decreto 603/2013). Al respecto, en el presente artículo se hará foco en su espíritu y su incidencia en la praxis de los psicoanalistas en dispositivos públicos de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A partir del análisis de entrevistas a informantes clave, el objetivo es sistematizar algunas de las situaciones éticamente dilemáticas que los psicoanalistas identifican en relación con la nueva normativa, que enmarca su práctica como agentes de salud mental.

ACERCA DE LA NOCIÓN DE “SALUD MENTAL”

El concepto de “salud mental”, que se desprende del discurso de la salud pública en general, no tiene un sentido único y así ha sido a lo largo de la historia. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946³ describe a la salud mental como un “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). Además de plantear algunas críticas a este concepto de salud⁴, Alicia Stolkiner (2003) se refiere a esta afirmación como: “...una definición tendiente a señalar la función del estado y la sociedad en el cuidado colectivo de la salud”, haciendo referencia a un modelo de Estado (de Bienestar) que la Organización proponía para el desarrollo de los países, que articulaba la salud de la población al campo de las políticas de salud, la provisión de agua potable, las condiciones de vivienda digna, etc. Esta definición, establecida después de la segunda guerra mundial, cuestiona la idea de que la enfermedad es exclusivamente un problema individual y biológico, al incluir también lo psíquico y lo social, además de lo físico (Op. Cit.).

Al mismo tiempo, esta definición por la positiva de la salud, contrasta con el enfoque tradicional que entiende a la

salud como ausencia de enfermedad. Georges Canguilhem (2004) lo plantea del siguiente modo: “La salud es un tema filosófico frecuente en la época clásica y en el Siglo de las Luces, tema abordado casi siempre de la misma manera y por referencia a la enfermedad, cuya dispensa es tenida en general por equivalente de la salud”.

Se comprueba que la perspectiva planteada por la OMS convive desde siempre con lo que el especialista en salud pública, Eduardo Menéndez (1988), denominó “Modelo Médico Hegemónico”. En sus términos: “Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”. El autor destaca como rasgo estructural dominante de este modelo al biologicismo, entendido como factor causal de la enfermedad, sin tomar en cuenta la red de relaciones sociales. Asimismo señala que, a pesar de su vigencia, el modelo está en crisis desde la década de 1960 y que en los años ‘70 se hicieron evidentes las limitaciones y fracasos de la intervención médica y psicológico-psiquiátrica, respecto de problemas de salud mental como alcoholismo, drogadicción, depresión, suicidio, homicidio, entre otros (Op. Cit.).

Retomando la idea del lugar del Estado respecto de la salud de la población, el psicoanalista Eric Laurent (1995) afirma que: “... en lo que concierne a la salud, el orden público está desplazado por el nuevo estatuto del amo. El nuevo amo está preocupado por las mediciones. Cada vez más los nuevos políticos se centran en la publicación de cifras, índices y sondeos (...)”. Así el autor se refiere a la estandarización que caracteriza a la salud mental, como discurso científico y social, en tanto se basa principalmente en la estadística para definir el diagnóstico, la prevención y el tratamiento del padecimiento mental. Se trata de la lógica general de la regla, el “para todos” los casos.

En esta línea, el psiquiatra y psicoanalista francés Franck Chaumon observa que la creciente demanda social dirigida a las disciplinas en salud mental les impone operar en un doble sentido, tanto sobre el malestar en la cultura como sobre el sufrimiento individual. Advierte que al mismo tiempo, como contrapartida, se les supone el deber de su sometimiento a las exigencias y los valores de la época, por lo que ese pedido de respuesta al sufrimiento individual entra en contradicción con la lógica uniformizante que impera en la actualidad: “Mientras que se les reclama una mayor atención a los ‘sufrimientos psicológicos’ (...) mientras que el tratamiento psicológico de las personas se convierte en un imperativo social, se organizan dispositivos y se evalúan las prácticas según modelos resultantes no de la clínica, sino según las normas de gestión de las poblaciones y los establecimientos” (CHAUMON, 2008)⁵. De este modo, Chaumon denuncia un falso interés por lo singular, puesto que al mismo tiempo que se

¹Nuevas concepciones en Salud mental: dilemas éticos frente a las recientes modificaciones del marco jurídico e institucional y de los dispositivos de atención. Estudio exploratorio descriptivo a partir de una investigación cuali-cuantitativa. (Programación Científica 2014-2017).

²Proyecto: Cuestiones éticas de la salud mental en los dispositivos públicos: las peculiaridades de la práctica del psicoanalista frente a los discursos institucionales. Convergencias y divergencias entre el campo normativo y la dimensión clínica. Estudio exploratorio-descriptivo.

³Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional de la OMS, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

⁴Los cuestionamientos de la autora en este texto recolectan posiciones de diversos autores que señalan críticamente el planteo de la salud como un estado, la noción de completo bienestar y soslayar el hecho de que el bienestar en determinadas condiciones negativas o adversas puede ser signo de enfermedad. Puesto que este tema excede los propósitos de este trabajo, solo hacemos mención a ello.

⁵Citado y comentado en Salomone, 2011.

insta a tomar al sujeto en la singularidad de su palabra, las políticas reales se organizan según un enfoque estadístico de la clínica, como el DSM⁶, y los flujos financieros de las instituciones hospitalarias: “El usuario, cuyas necesidades se definen previamente a partir de la estadística de las poblaciones, no es el sujeto de la clínica, portador de una demanda, como tal radicalmente singular”. Eric Laurent lo plantea en los siguientes términos: “El Estado contemporáneo, profundamente endeudado, propone una nueva definición del horizonte democrático prometido al ciudadano. Ya no se trata más de asegurar la felicidad ni el bienestar social (Welfare), es necesario ahora limitarse a lo que tiene un efecto científicamente demostrado” (LAURENT, 1995).

En términos de desafío, Augsburg y Gerlero (2005), docentes e investigadoras de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, sostienen que *“las nuevas exigencias y demandas que la epidemiología en el área de la salud mental recibe no permite continuar pensando el proceso de salud - enfermedad apenas a través de los elementos conceptuales y analíticos que propone la bio-medicina, sino que sostiene como desafío reubicar el concepto en la interfase entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, constituyendo allí la noción de sujeto una pieza clave”* (p. 5). La siguiente concepción de salud y enfermedad contribuye en esta perspectiva: “como un proceso colectivo, profundamente influido por determinantes sociales que deben ser tenidos en cuenta para poder contribuir efectivamente a la protección de la salud de las poblaciones y las personas” (BONAZZOLA, 2009).

En esta línea, la Ley nacional de salud mental N° 26657 de Argentina define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Tanto desde el plano jurídico como desde el campo de los derechos se trata de una ley pionera respecto de la concepción de las personas con padecimiento mental como sujeto de derecho, resguardando derechos fundamentales como la dignidad, la autonomía, la privacidad, la no estigmatización, entre muchos otros. Para los practicantes del psicoanálisis, tal avance en materia de derechos humanos supone una doble responsabilidad profesional: el poder garantizar la protección de estos derechos a la vez que atender a la dimensión singular en función de la ética de su práctica.

Continuando con el planteo de Laurent: *“...indiscutiblemente la salud mental existe, pero tiene poco que ver con lo mental, y muy poco con la salud. Tiene relación con el Otro, y con el silencio. La salud mental es lo que asegura el silencio del Otro, así como la salud es el silencio de los órganos. (...) Jacques-Alain Miller situaba esto diciendo que la salud mental es ante todo una cuestión de orden*

público” (LAURENT, 1995). Es en tanto profesionales de la salud que los psicoanalistas desarrollan su praxis en un contexto socio-histórico, económico y cultural determinado y, por ende, la Ley de salud mental argentina les concierne sin excepción. Consecuentemente, en virtud de la distancia entre las nociones de “salud mental” y la lógica singular del psicoanálisis, se torna necesario echar luz sobre las conceptualizaciones que emanan de la ley y su incidencia en la práctica psicoanalítica.

Esta legislación fue necesaria ya que los instrumentos internacionales⁷ en materia de derechos humanos, así como también los fallos⁸ de la Corte Suprema de Justicia de la Nación exhortaban a la reforma legal del sistema vigente, exigiendo una actualización acorde al paradigma de derechos. Esta disposición, por tanto, supone la introducción de varias novedades en materia de salud mental, entre las que señalamos en particular las siguientes: una concepción integral de la salud mental; la no discriminación a partir de un diagnóstico en salud mental, la presunción de capacidad de todas las personas, el abordaje interdisciplinario (capítulo 5°), la incorporación de la problemática de las adicciones como competencia del campo de la salud (capítulos 4° y 7°), el acento en la pauta de consentimiento informado para todas las intervenciones en pos del resguardo de la autonomía del paciente (artículo 10°). Además, la norma –a lo largo de todo su articulado– hace lugar al derecho a la identidad así como de la preservación de la historia y la genealogía de los sujetos y de la preservación del lazo social. Por otra parte, promueve la protección del derecho a la identidad de género y la libre orientación sexual, impidiendo que esto sea motivo de discriminación injusta, punto interesante en tanto se adelanta a la ley de identidad de género, sancionada en 2012.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA LETRA DE LA LEY

La ley 26657 plantea como objetivo principal *“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”* (artículo 1°). Es decir, el espíritu de la norma es introducir una concepción integral de la salud mental, que no se reduce al campo médico psiquiátrico, sino que agrega los aspectos psicológicos, así como la dimensión social y cultural, haciendo lugar a la dimensión de los derechos.

Sabemos que el campo normativo, en su condición particular, se caracteriza por una lógica de lo general, es decir, legisla con un “para todos”, en pos de garantizar su efectivización. Al mismo tiempo, en el campo del psicoanálisis interesa el aspecto singular que comporta cada caso, en tanto es la ética del deseo inconsciente la que define la ética del psicoanálisis. Justamente, con respecto a la

⁷Por ejemplo, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

⁸Se trata de los fallos “R.M.J. sobre insania (C.S.J.N., 19/2/2009), “Tufano, Ricardo Alberto sobre internación (C.S.J.N., 27/12/2005), “Arriola, Sebastián y otros sobre causa n° 9080 (C.S.J.N., 25/08/2009)”.

⁶Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

cuestión ética de la singularidad, cabe destacar una característica de esta ley que analizamos: aún dentro de la lógica general que distingue el campo normativo, la ley hace lugar al criterio del profesional y a la singularidad del caso. Incluye algunos pasajes harto interesantes en tanto propician la aplicación de la ley según las decisiones que cada paciente y su situación imponen al profesional tratante. Es decir, la ley, en forma expresa, alude a la responsabilidad del profesional sobre realizar una lectura caso por caso, que tenga en cuenta sus peculiaridades. A continuación, transcribimos algunos de estos pasajes en que la legislación conmina al profesional a intervenir haciendo lugar a la singularidad:

Por ejemplo, en el artículo 5° se establece 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**”* (el destacado es nuestro). Es decir, se introduce en este punto un intersticio para deslindar los campos de la psicopatología y la incapacidad, contribuyendo así a establecer un lugar posible para la responsabilidad subjetiva que, si bien tendrá que ver con las coordenadas singulares del caso, de ningún modo queda eliminada *a priori*.

En el acápite d) del artículo 7°, la ley establece que toda persona con padecimiento mental tiene: *“Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la **alternativa terapéutica más conveniente**, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”* (el destacado es nuestro). Es decir, deja a cargo del profesional la responsabilidad, pero a la vez la autonomía de construcción del dispositivo analítico –si el paciente así lo eligiera, como veremos en el próximo párrafo– con las características más adecuadas para cada paciente. Al decir de Jacques Lacan (1958), se trata de la táctica del analista, nivel en que –por motivos teóricos y éticos– el analista tiene mayor libertad.

Asimismo, se confiere a los pacientes el *“Derecho a poder **tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades**”* (acápite k). En este punto es el profesional quien posee la responsabilidad de evaluar la capacidad y nivel de autonomía del paciente para tomar sus decisiones y, al mismo tiempo, este articulado sienta las condiciones de posibilidad para el campo de la responsabilidad subjetiva, alentando que el sujeto se confronte con su decisión, de acuerdo a sus posibilidades singulares.

En la reglamentación de la ley (2013), el articulado establece: *“Todo paciente, con plena capacidad o, sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyeran riesgo para sí o para terceros. Dichas decisiones deberán asentarse en la historia clíni-*

ca. Asimismo, las decisiones del paciente o sus representantes legales, según sea el caso, podrán ser revocadas. El equipo interdisciplinario interviniente deberá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en la historia clínica”. Nos interesa señalar que, por una parte, será el profesional quien deberá evaluar si el paciente cuenta con “plena capacidad” para disponer directivas anticipadas sobre su salud mental. Por otra, también deberá ponderar si tales directivas implican o no un riesgo. En otras palabras, se hace hincapié en la idoneidad del profesional en virtud de su criterio profesional y a partir del caso singular. La norma, además, agrega el pedido expreso de *dejar constancia* de la manifestación de voluntad, es decir, conmina al profesional a tomar una la decisión, así como a dar cuenta de la misma, dejándola asentada por escrito.

Respecto de la cuestión de las internaciones, aspecto que retomaremos más adelante, cabe señalar que en el artículo 14° la norma reza: *“Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, **salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente**”*. En este mismo sentido, el artículo 20°, respecto de las internaciones involuntarias establece 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 **cuan-***

do a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”. En resumen, en todos los pasajes detallados, la letra de la ley, lejos de expedirse de manera restrictiva sobre el accionar profesional, deja abierta la posibilidad de que el profesional pueda hacer una interpretación y ponderación de la norma en función del caso singular e intervenir desde allí, con la ley como marco del resguardo de los derechos del paciente y como guía de su accionar.

ASPECTOS RELEVADOS

Por una parte, la ley reedita discusiones pasadas: encontramos que el texto formal de la ley pone nuevamente sobre la mesa cuestiones trabajadas y pensadas a lo largo de muchos años, tales como la finalización de los tratamientos, los plazos de los tratamientos, las internaciones, el consentimiento informado. Sin embargo, lejos de constituir temas agotados, la vigencia de la normativa vuelve a abrir espacios de discusión.

En las entrevistas realizadas a informantes clave, hemos introducido la pregunta acerca de esta ley, con el objetivo de indagar si la misma introdujo modificaciones en su práctica, y si consideraban que esta ley favorece u obstaculiza sus intervenciones en la clínica. A partir del análisis cualitativo de los datos obtenidos, se verificaron algunos aspectos recurrentes, a saber:

- Los entrevistados nunca hacen referencia a los pasajes

desglosados más arriba en que la ley convoca al psicoanalista al campo de la decisión y fundamentación de sus intervenciones a partir de esta libertad de intervención profesional que promueve la normativa. Es decir, de las entrevistas se desprende que esos aspectos de la ley no son tenidos en cuenta.

- Por otra parte, es de destacar que –incluso psicoanalistas que se encuentran en puestos de coordinación y con alta capacitación– al referirse a la ley lo hacen de un modo sesgado, que hace suponer una lectura parcializada de la norma. Por ejemplo:

“... [en nuestra institución] no nos toca tan directamente porque está muy dirigida al tema internaciones y nosotros tenemos un porcentaje bajo de internación”.

Si bien es cierto que la temática de las internaciones es uno de los puntos más importantes y sobre el cual se introducen un gran número de modificaciones y pautas que la regulan, este comentario desconoce el espíritu y los alcances que la ley impone, siendo que claramente rebasa este tema⁹.

- Internaciones. Encontramos que con frecuencia los profesionales señalan la cuestión de las internaciones como uno de los puntos más difíciles de concretar en la práctica, de acuerdo con los lineamientos de la nueva ley. Al respecto, lo novedoso es que la ley hace hincapié en que *“la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios”* (artículo 15°). La ley establece una serie de condiciones¹⁰ que apuntan a resguardar la autonomía de los pacientes y la no cronificación de sus patologías; no obstante, no se trata de cuestiones inabordables, sino que conminan al profesional a fundamentar por escrito sus intervenciones clínicas, regulando detalladamente los requisitos formales de tal fundamentación. Incluso, respecto de las internaciones involuntarias, el artículo 20° reza: *“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 mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”*. Es decir, vuelve a introducir un lugar para el criterio de los profesionales tratantes, aspecto que consideramos cen-

tral como punto de intersección y articulación entre la generalidad de la ley y la singularidad propia del abordaje psicoanalítico.

- La ley como amenaza: Se advierte que la formalización y regulación detallada del resguardo de los derechos de los pacientes a partir de la nueva ley¹¹, que –además ha tenido amplia difusión en virtud de su espíritu protector de los derechos humanos para el campo de la salud– genera en los psicoanalistas cierto resquemor de ser observados y juzgados por su accionar. En uno de los casos relevados el psicoanalista entrevistado explica el malestar que provoca en los analistas de su institución el tener que expedirse formalmente en el caso de los oficios judiciales que llegan a la institución para que los profesionales se expandan en virtud de su saber profesional:

“...sí estamos complicados con respecto a tema oficios judiciales, a nosotros nos toca particularmente en el tema oficios judiciales. Hay mucho malestar interno con el tema de los oficios y a qué cosas se pueden poner, no se pueden poner, a dónde va a ir a parar eso, quién lo va a leer..., ¿el juez?, en qué lugar queda el profesional... es decir, todo se mueve para nosotros en este sentido. Es como si fuese el tema de nuestra institución”.

Ahora bien, la norma obliga a dar cuenta por escrito de la actuación profesional en todos los ámbitos, por ejemplo, también en el caso del consultorio privado, donde la historia clínica es el instrumento que sienta por escrito toda la información respecto del paciente y de su tratamiento. Sin embargo, esto nunca es considerado por los profesionales, aspecto que retomaremos. Sobre este asunto nos resulta relevante el planteo del psicoanalista Marcelo Barros (2009) quien, refiriéndose a las historias clínicas explica que cuando ésta se transforma en un elemento de control *“...es algo diferente al registro que un analista puede llevar sobre un caso, porque es un documento público expuesto a la mirada del Otro institucional. Y es para ese Otro que se la escribe, no solamente para un registro propio o fines de interconsulta”*, aspecto frente al cual debemos estar advertidos. Así, extendemos estas palabras al caso de los oficios judiciales: se trata de la letra escrita que expone la actuación del profesional. Al decir de Lacan (1958), es el analista sentado en el banquillo, dando razones de su praxis. Ahora bien, si al interior del psicoanálisis nos conminamos a poder demostrar la validez y pertinencia de nuestros actos mediante los ateneos clínicos, presentación de casos, el dispositivo del “pase”, las supervisiones, entre otros, ¿por qué se tornará tan incómodo cuando esto debe traspasar los límites de la comunidad psicoanalítica?

-Un aspecto de importancia para el campo de la ética – aunque no fue planteado por los analistas en las entrevistas– es el referido al tratamiento de las historias clínicas y las nuevas disposiciones que la ley establece: por ejemplo, el *“Derecho del asistido, su abogado, un familiar o*

⁹Es de destacar que, en el Proyecto UBACyT marco de la presente investigación, al realizar esta misma pregunta mediante un cuestionario administrado a profesionales psicólogos, un 12% de la muestra declaró desconocer la nueva ley, por lo que se abstuvo de dar una respuesta. Al respecto, ver: Salomone, G. Z. & López, G. A. (2015). “Contribuciones a la identificación de dilemas éticos de la práctica del psicólogo en instituciones a partir de resultados preliminares del estudio de campo”. *Anuario de Investigaciones*, Volumen XXII. ISSN 0329-5885 (impresa), ISSN 1851-1686 (en línea). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

¹⁰a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra. b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento. c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera”.

¹¹Por ejemplo, la ley establece que los pacientes tienen “Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión” (artículo 7°, punto h).

allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas” (artículo 7°). Esta cuestión ya se había hecho explícita mediante la ley 26.529 sobre los *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*, sanciona hacia fines de 2009. En otro lugar (López, 2012) hemos señalado el dilema que se abre en torno de la *historia clínica* en virtud de que allí debe registrarse por escrito “*todo acto médico realizado o indicado*”, incluyendo prescripción de medicamentos, estudios, prácticas, diagnóstico, pronóstico, evolución, etc.; a la vez, el titular de la historia clínica es el paciente mismo, quien puede exigir una copia que debe ser entregada dentro de las 48 horas. Si consideramos estas coordenadas es insoslayable estar advertidos de que se abre –para los psicólogos y psicoanalistas– un campo de problemas éticos fundamentalmente en torno a los derechos a la *privacidad y confidencialidad* (respecto del contenido de la historia clínica así como del almacenamiento de la misma), así como también a las posibles *implicancias subjetivas* para el paciente a partir de la información consignada en este documento. Es decir, el solo hecho de tener que asentar por escrito cuestiones sobre el tratamiento pone en juego el deber de Secreto Profesional y su concomitante derecho de confidencialidad. Dicha cuestión obliga a pensar qué garantías ofrecen las instituciones públicas y/o privadas sobre la seguridad y la confidencialidad de esta información; y, al mismo tiempo, qué hará el psicólogo cuando dichas condiciones no sean las adecuadas. Del mismo modo, siendo el paciente el titular de su historia clínica con pleno derecho a su acceso, es ineludible la interrogación acerca de las implicancias subjetivas que los diagnósticos, pronósticos y cualquier otra referencia al ser o al padecer del paciente potencialmente conllevan, así como inapelable será para el psicoanalista la pregunta por la transferencia en relación con la lectura de este material.

- Las dificultades para el psicoanálisis en la implementación del Consentimiento Informado. Se trata del “*Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales*” (artículo 7°). Por una parte, para el Psicoanálisis, el diagnóstico se evalúa y se establece en transferencia, lo que requiere por lo menos una serie de entrevistas donde algo del lazo transferencial pueda producirse y desplegarse y donde, recién allí, podría comunicarse algo del orden del diagnóstico. Por otra parte, los diagnósticos en nuestra clínica tienen una función orientadora respecto de la dirección de la cura a tomar, sin buscar clausurar el destino de un sujeto que pudiera quedar reducido a la marca aportada por una nomenclatura estandarizada. Otro aspecto a considerar es la cuestión de la autonomía. La mera aplicación del consentimiento informado no garantiza el resguardo de la autonomía, en tanto se podría emplear la influencia de la transferencia para conseguir que el paciente consienta, burlando así de un modo pa-

ternalista su autonomía, tal como ubica el psicoanalista Orlando Calo (2002). Así también, el autor destaca que el consentimiento “durará mientras la resistencia no haga su aparición” (p. 33). Con respecto a la exigencia para el profesional de informar sobre tratamientos alternativos posibles y de manera no tendenciosa, resulta de cumplimiento “imposible”: “es apenas imaginable un psicoanalista explicando al paciente que puede recurrir a opciones sistémicas” o a la inversa. Estos, por citar algunos, constituyen los puntos problemáticos más frecuentes respecto a esta pauta deontológica y jurídica.

COMENTARIOS FINALES

El estudio de carácter exploratorio descriptivo que estamos llevando a cabo nos permitió identificar algunos de los problemas y dilemas éticos más frecuentes que se suscitan en la práctica del psicoanalista en virtud de la nueva ley de salud mental nacional. Ubicar estas cuestiones permite identificar al mismo tiempo las concepciones y prejuicios que se han ido sedimentando en torno del conocimiento sobre la ley, sus alcances normativos e incluso clínicos.

Si bien, como toda norma, la ley exige un acto de lectura que haga lugar a su interpretación y ponderación, cabe destacar que un estudio detallado de sus enunciados nos permitió ubicar esos puntos en que la propia ley hace lugar a la lectura del caso particular del que se trate. Como señalamos más arriba, ofrece resquicios donde el profesional debe tomar decisiones clínicas respecto de sus intervenciones.

No obstante, con frecuencia las respuestas de los entrevistados mostraron un desconocimiento de la ley o, como dijimos, prejuicios que impiden una lectura genuina de las normativas que permita asumir una posición frente a ellas, lo cual confronta con el campo de la responsabilidad en sentido amplio. La pregunta por la ética no puede desconocer su relación con el acto de decisión y, por ende, con el campo de la responsabilidad.

Sería deseable que, siendo las normativas vigentes el contexto de nuestra práctica, puedan evitarse las lecturas dogmáticas –tanto en el sentido de la obediencia como del rechazo–, dando lugar a una lectura que enlace la norma a las vicisitudes singulares de la práctica para que el analista con su ética de lo particular y lo singular pueda asumir su posición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augsburger, A., Gerlero, S. "La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental" - Kairos, Revista de Temas Sociales. Universidad Nacional de San Luis. Año 9 – N° 15 (Marzo /2005). Disponible en: <http://www.revistakairos.org/k15-02.htm>
- Bonazzola, P. "Ciudad de Buenos Aires: Sistema de Salud y Territorio", Ed. Mimeo. Bs. As. Año 2009. Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/sist.pdf>
- Calo, O. (2002). La interacción del profesional con los códigos. En *Revista Argentina de Psicología*, APBA, Número 45, pp. 25-36.
- Canguilhem, G (2004). La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica (49-67). En *Escritos sobre la Medicina*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Chaumon, F. (2008). "L'éthique, ou 'le courage de la vérité'". En *Psychiatrie et violence*, Volume 8, número 1, 2008. Institut Philippe-Pinel de Montréal en collaboration avec le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de psychiatrie du CHUV (Suisse), Canada. <http://www.erudit.org/revue/pv/2008/v8/n1/>
- Domínguez, M. E. (2011). Alex: una e-lección posible. En *Cuestiones ético-clínicas en series televisivas. Dr. House, In treatment, Los Soprano, Grey's Anatomy* (pp. 27-43). Buenos Aires: Editorial Dynamo.
- Laurent, É. (1995). Revista *Mental. Revue de psychanalyse appliquée et de santé mentale*, Escuela Europea de Psicoanálisis, Editorial del N° 1, París, junio de 1995. Disponible en: <http://www.ebp.org.br/enapol/09/es/texto/mental.pdf>
- Lacan, J. (1958) "La dirección de la cura y los principios de su poder", en *Escritos 2*, Siglo XXI, Buenos Aires, 1985.
- López, G. A. (2012). "Ética e Historia clínica". *Journal Ética y Cine. Revista Académica Cuatrimestral*. 2(3), pp. 21-26. ISSN 2250-5660 (print) / ISSN 2250-5415 (online). Versión online disponible en: http://journal.eticaycine.org/IMG/pdf/JEyC_sept_2012_lopez.pdf
- Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo, 1988. Buenos Aires. Pág. 451-464.
- Salomone, G. Z. (2011). *Discursos institucionales, Lecturas clínicas. Dilemas éticos de la psicología en el ámbito jurídico y otros contextos institucionales*. Buenos Aires: Editorial Dynamo.
- Stolkiner, A. (2003). "El Concepto de Salud de la OMS". Material de cátedra, mimeo.
- Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. "Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericana", *Revista Vertex*, Bs. As., 2012. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf

Fecha de recepción: 31 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 31 de octubre de 2016