

MANUELA G. GONZÁLEZ (compiladora)

Todo lo que está bien no es lo que parece

Acceso a la Justicia en casos de violencia de género y salud mental




Eduip

género

Todo lo que está bien no es lo que parece

**Acceso a la Justicia en casos de violencia
de género y salud mental**

Todo lo que está bien no es lo que parece
Acceso a la Justicia en casos de violencia
de género y salud mental

MANUELA G. GONZÁLEZ
(compiladora)



Todo lo que está bien no es lo que parece: acceso a la justicia en casos de violencia de género y salud mental / Manuela Graciela González... [et al.]; compilado por Manuela Graciela González.- 1a ed.- La Plata: EDULP, 2020. 422 p.; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-8348-76-6

1. Violencia de Género. 2. Justicia. 3. Salud Mental. I. González, Manuela Graciela, comp.
CDD 305.42

Todo lo que está bien no es lo que parece
Acceso a la Justicia en casos de violencia
de género y salud mental

MANUELA G. GONZÁLEZ (comp.)

Foto de tapa: Sebastián Miquel



EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (EDULP)
48 N° 551-599 4° Piso/ La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina
+54 221 44-7150
edulp.editorial@gmail.com
www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales de las Universidades Nacionales (REUN)

ISBN 978-987-8348-76-6

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723
© 2020 - Edulp
Impreso en Argentina

Agradecimientos

Este libro ha sido posible gracias a la investigación 11J151 “Acceso a la justicia de las mujeres; violencias y salud mental (2016-2019)”, que durante cuatro años se ejecutó en el Instituto de Cultura Jurídica de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la UNLP dentro del sistema de incentivos al docente investigador.

Entonces, vaya nuestro agradecimiento a: la Universidad Nacional de La Plata, la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales y al Instituto de Cultura Jurídica, que nos apoyaron en este y en todos nuestros emprendimientos. Especialmente, a la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP, en la persona de Adriana Dertiano, que en todo momento nos acompañó en la tarea de materializar nuestro proyecto; al Secretario y a la Directora de Investigación Científica de la Facultad, Lautaro Ramírez y Marina Sarti, y a Daniela Tassi, que ayudaron a concretar este proyecto; a las personas que amablemente se prestaron a contestar nuestros interrogantes y/o nos facilitaron el acceso a su lugar de trabajo y a expedientes judiciales restando tiempo a su tarea cotidiana.

También debemos agradecer a aquellos/as investigadores/as que participaron de este proyecto en su génesis y que, luego, por diversas razones, no pudieron estar en el momento de su realización total o

parcial, pero que dejaron sus marcas en nuestras producciones individuales y colectivas.

A estudiantes de grado, posgrado y colegas de esta y de otras unidades académicas con quienes discutimos nuestras ideas y que, con sus preguntas, nos ayudaron a construir una mirada más integral de esta compleja realidad.

Somos conscientes de que todo emprendimiento no depende solamente de quienes investigan y que forman parte del proyecto, sino que hay personas que anónimamente trabajan en diferentes oficinas y que, sin su dedicación, no se podría concretar lo proyectado. A todos/as, muchas gracias.

Por último, a nuestras familias, que nos contienen en los momentos críticos cuando les restamos tiempo para cumplir con nuestro trabajo, en el que tanta pasión depositamos.

Índice

Introducción	15
Capítulo 1	
Poder y patriarcado. Mujeres, opresiones de género y administración de Justicia	23
<i>González, Manuela G. y Galletti, Hilda Gabriela</i>	
Capítulo 2	
Violencias contra las mujeres. Trayectorias y recorridos: del círculo al sistema	51
<i>González, Manuela G. y Barcaglioni, Gabriela M.</i>	
Capítulo 3	
Violencias de género y “métodos legales feministas”: el caso de los <i>amicus curiae</i>	107
<i>Sáenz, M. Jimena</i>	
Capítulo 4	
#Juntas. Una recuperación de intervenciones en caso de violencias de género	139
<i>Delmas, Flavia y Perugino, Silvina</i>	
Capítulo 5	
Identidades de géneros y violencias extremas. Cuerpos de género, violencias y significados	173
<i>Galletti, Hilda Gabriela y Cisneros, Susana Mariel</i>	
Capítulo 6	
(Des) armando a la “narcotravesti”: aproximaciones a la persecución penal de travestis y mujeres trans en la ciudad de La Plata	203
<i>Lascano, Aramis</i>	

Capítulo 7	
El acceso a Justicia y el rol del Estado desde dos miradas diferentes	251
<i>Consolo, Analía</i>	
Capítulo 8	
Acceso a la Justicia de las víctimas de violencia familiar	277
<i>Paladín, Gabriela Antonia</i>	
Capítulo 9	
Voces ausentes: entrecruzamiento de las variables género y salud mental en el análisis de sentencias	291
<i>Andriola, Karina Alejandra y Cano, Julieta Evangelina</i>	
Capítulo 10	
Mujeres-“Locas”: protección jurídica ante violencias de género intrafamiliares	325
<i>Miranda, Marisa; González, Andrea y Bega Martínez, Renata</i>	
Capítulo 11	
La forclusión de la maternidad en la locura. El estigma de ser madre y ser loca	355
<i>Luna, Maria Eugenia y Tomaino, Sandra Karina</i>	
Capítulo 12	
Las mujeres y el cautiverio de la locura. Una relación a revisar desde un enfoque de derechos humanos	385
<i>Sarquis, Lorena</i>	
Datos de las/os autoras/es	417

MUJERES-“LOCAS”: PROTECCIÓN JURÍDICA ANTE VIOLENCIAS DE GÉNERO INTRAFAMILIARES¹⁹⁰

*Marisa Miranda¹⁹¹, Andrea González¹⁹²
y Renata Bega Martínez¹⁹³*

Mujer y (además) “loca”

En este capítulo nos proponemos aportar algunos insumos que contribuyan a echar luz respecto a la protección jurídica de un sujeto de derecho atravesado por una doble estigmatización: la de género, por una parte, y la de la enfermedad mental, por otra. Partimos del reconocimiento de la situación de desigualdad inferiorizante con la que es dotada la mujer respecto al varón, como un hecho de dimensiones estructurales que atraviesa el campo jurídico y de la salud y, en ese sentido, uno de los objetivos aquí será indagar las dificultades formales y las características particulares que se les presentan a las mujeres con padecimientos mentales, inmersas en los entramados de violencia de género y patriarcal, para ejercer sus derechos de ma-

190 Este trabajo forma parte de una investigación correspondiente al Programa de Incentivos para Docentes-Investigadores del Ministerio de Educación de la Nación (Proyecto 11/J151, titulado “Acceso a la justicia de las mujeres: violencias y salud mental”, desarrollado en el ICJ-UNLP), dirigido por Manuela G. González.

191 mmiranda2804@gmail.com.

192 andygo19662002@yahoo.com.ar

193 renatabegam@gmail.com

nera eficaz y efectiva. Nos focalizamos, para ello, en las previsiones tenidas en cuenta por la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (Ley N°26.657), sancionada en el año 2010 y utilizada por los juzgados N° 4 y 5 de la Ciudad de La Plata —denominados “Juzgados Protectorios”— con competencia específica en materia de violencia familiar, niñez y salud mental. Al respecto, planteamos la hipótesis que advierte que dicha ley ha sido formulada desde un afianzado paradigma de masculinidad. Valiéndonos de la tesis de Rawls respecto a lo inequitativo de una tutela análoga a quienes se encuentran en disímiles situaciones; proponemos reflexionar sobre las limitaciones de la mencionada norma para asegurar el acceso a la Justicia por parte de las mujeres-“locas” en condiciones de igualdad a los varones.

Al respecto, corresponde recordar que el itinerario de la locura en la historia occidental¹⁹⁴ ha estado desde antiguo ligado al castigo, habiendo obtenido, como respuesta estatal, la instrumentación de diversas políticas de invisibilización y segregación (o, mejor aún, de segregación en procura de su invisibilización). Entre ellas, la más emblemática es la internación del “loco” o “loca” en hospicios en los cuales, lejos de pretenderse la cura (tradicionalmente considerada, vale aclarar, como imposible) eran verdaderos espacios de exclusión. En efecto, la internación —en general, *ad infinitum*— de personas con padecimiento mental lo era, más que para su protección, para defender a la sociedad de los comportamientos a-normales de los/las a-sociales, a partir de un evidente paradigma de normalidad construido desde un biopoder, psiquiátrico pero también, a la vez, jurídico¹⁹⁵.

194 Remitimos a la clásica obra: Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, cuya primera versión fue publicada en francés bajo el título: *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Plon, 1961. Asimismo, para una interpretación del pensamiento foucaultiano sobre la cuestión, puede verse: Gros, Frédéric, *Foucault y la locura*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.

195 Para una excelente y actualizada obra sobre el tratamiento de la locura en Europa, ver: Fuentenebro, Filiberto; Huertas García-Alejo, Rafael y Valiente Ots, Carmen (editores), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, 2003.

Hay que tener en cuenta, a su vez, que esa segregación mediante internación, hoy día claramente cuestionada desde el paradigma de la desmanicomialización, ha sido y es aún actualmente sustituida por una medicalización extrema¹⁹⁶. Así, la psiquiatría actual aparece concentrada casi de manera obsesiva en un diagnóstico hiper específico, aun cuando luego se acude a un reducido grupo de psicofármacos, que prometen encarar un sinnúmero de diversas patologías¹⁹⁷.

Ahora bien, si a esta ancestral estigmatización, y consiguiente exclusión, del “loco” o “loca”, le proyectamos aquí una actual lectura de género¹⁹⁸, debemos hacerlo en el contexto de globalización en el que nos encontramos. Un contexto en el cual existen nuevos modelos donde las dificultades de las mujeres para alcanzar el status de igualdad son distintas y donde los varones tienen diferentes —pero igualmente agresivas, masivas, públicas y efectivas— formas colectivas de sometimiento y de “disciplinar con violencia”¹⁹⁹ a las mujeres que pretenden reforzar su autonomía; además, se aplican diversas formas de violencia que las constituyen en víctimas de violencia estatal e institucional. Así, el Estado contemporáneo y los mencionados procesos de globalización se reflejan en los cambios sociales, las transformaciones en la subjetividad y los lineamientos políticos a los que se someten las problemáticas y temas de la agenda pública²⁰⁰, dentro de las cuales las violencias contra las mujeres ocupan un lugar protagónico.

196 Se destacan, al respecto, los trabajos realizados por la investigadora argentina radicada en Brasil, Sandra Caponi, algunos de cuyos resultados pueden consultarse en: Caponi, Sandra; Vázquez Valencia, María Fernanda y Verdi, Marta (org.), *Vigiar e medicar. Estratégias de medicalização da infância*, San Pablo, Liber Ars, 2016.

197 Reflexiones hechas por el psicoanalista Emiliano Galende en la conferencia magistral dictada en ocasión del *Primer Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones* celebrado en Tandil, entre el 11 y el 13 de mayo de 2017.

198 Adoptamos el concepto que diferencia sexo de género, asociando al primero a una característica biológica y, al segundo, a aspectos eminentemente culturales.

199 Concepto utilizado por María Luisa Femenías y Paula Soza Rossi en *Poder y violencia sobre el cuerpo de las mujeres* p. 3, dentro de *Sociologías*, Porto Alegre, año 11, n° 21, jan./jun. 2009, p. 44.

200 María Noelia López, Jacqueline Torres y Clara Weber Suardiaz, *Debates en el campo de la salud mental. Práctica profesional y Políticas Públicas*. EDULP, Facultad de Trabajo Social UNLP, La Plata Buenos Aires, p. 22.

En efecto, pareciera ser que, en estos tiempos, cualquiera fuera el avance que ellas logren, los varones lo ven como una amenaza para los privilegios históricamente reconocidos.

De esta manera, y concentrándonos en el tema que nos ocupa, cabe advertir la existencia de una concepción cultural ligada a una doble consideración de minusvalía de la mujer: como tal y en cuanto “loca”. Un concepto de locura, particularmente femenina, que —como bien reflexiona Marcela Lagarde— halla un campo propicio para englobar a “las suicidas, las santas, las histéricas, las solteronas, las brujas y las embrujadas, las monjas, las posesas y las iluminadas, las malasmadres, las madrastras, las filicidas, las putas, las castas, las lesbianas, las menopáusicas, las estériles, las abandonadas, las políticas, las sabias, las artistas, las intelectuales, las mujeres solas, las feministas” (Lagarde y de los Ríos, 2005: 687). Más allá de estas atinadas observaciones, en estas páginas, la idea de “loca” quedará acotada para calificar a aquellas que sufren un padecimiento mental, producido/exacerbado/manifestado en el contexto de violencias intrafamiliares. Y, considerando que es siempre el poder (médico, jurídico o familiar) quien decide qué mujer está loca y cuál no lo está, nos detendremos en la interacción entre estos tres estamentos, el médico, el jurídico y el familiar, para ver la real delimitación del campo de la locura en las mujeres; marco desde el cual someteremos a análisis la protección de las “locas” organizada en la Argentina bajo el amparo legislativo dado por la Ley de Salud Mental.

En este sentido, cabe señalar que, precisamente, esta complejidad de protagonistas, poderes y conocimientos es la que le otorga a la temática su particularidad, brindando una estructura y límites difusos, es decir, que se modifican constantemente acorde a la coyuntura histórico-social que generan y en la cual, a su vez, también emergen.

Así, los “dispositivos” de poder (médico-jurídico-familiar) leídos en clave foucaultiana, ejercen control social a través de sus discursos y prácticas sancionando y prescribiendo los comportamientos considerados normales o desviados/patológicos. En efecto, la salud, la

Justicia y la familia operan, pues, como instituciones disciplinarias que estructuran el terreno social y garantizan sus mecanismos de reproducción (Foucault, 1975). Y, de ahí, el patrón de normalidad/anormalidad se reproduce desde el *modelo médico hegemónico* centrado en “lo masculino” como patrón de normalidad, salud, madurez mientras que, “la feminidad” representa lo anormal, patológico e inacabado. Tal como señala Bonino, la patologización y descalificación de las mujeres es la regla y la invisibilización de la anormalidad masculina se perpetúa, siendo la medicalización de ciertos aspectos o problemáticas inherentes a la vida de las mujeres, un hecho que se impone. Circunstancia esta que queda bien reflejada en el predominio de mujeres que reciben tratamiento en los dispositivos de salud mental, por sobre los varones (Bonino, 2000: 41-64).

Este rasgo biologicista penetra, a su vez, en el *modelo jurídico* de características esencialmente patriarcales, sustentado en la supremacía de lo masculino y la inferioridad de lo femenino. Precisamente, el concepto de *biopoder* permite explicar esta relación entre el varón-jefe, considerado representante de la “ley” y que ejerce legítimamente el poder sobre la mujer-sometida. El derecho opera, desde esta perspectiva, como una institución que forma parte, entre otras, de ese control y disciplinamiento ejercido sobre la vida de las mujeres (y, obviamente, sobre su psiquis y cuerpo) con el fin de mantener los principios del patriarcado (Foucault, 2002).

Finalmente, en lo que respecta al *modelo familiar tradicional*, cabe señalar que es en él donde queda mejor visibilizada la condición genérica de la mujer en su rol de esposa, madre, ama de casa, confinada a la procreación y a la crianza y educación de los hijos e hijas.

Así, es la institución familia, a través de su función socializadora, la que más contribuye a la definición del rol social de la mujer, no solo basado en su función reproductiva sino en la redefinición de la maternidad como mandato biológico ineludible (Dubey y Perrot, 2000: 127-132). De esta manera, la asociación del término “mujer” con atributos como sensibilidad, domesticidad e instinto maternal

permite reafirmar su estereotipo, sustentado en la noción de “naturalidad femenina”. Y ello es lo que contribuye, de manera indudable, a definir el estatus inferior de la mujer respecto al varón.

En este sentido, la hipotética debilidad física y sensibilidad femenina es planteada en oposición a la (también hipotética) racionalidad y fortaleza masculina, correspondiéndose por ello la confinación de la mujer al ámbito doméstico y el varón al ámbito público. Sin embargo, no somos ajenas a que dichos atributos denotan imperfección respecto de los otros términos: el sentimiento es menos importante que el pensamiento, la emoción que la razón, el cuerpo es símbolo de la desmesura, a diferencia del intelecto o la mente que se constituye como el símbolo de la medida (Duby y Perrot, 2000: 127-132).

En la historia de la familia en la sociedad argentina moderna, Torrado (2012) advierte que, en cada propuesta política referida a la misma, subyace una concepción de femineidad y del “ámbito femenino” propiamente dicho. En efecto, ya sea este el doméstico, el laboral, la ciudadanía o la maternidad, queda cristalizado el ideal de la condición femenina y las normativas que la regulan; siendo necesario que las mujeres, en cumplimiento de ese deber, internalicen dichas configuraciones ideacionales y revelen un consecuente comportamiento.

Ahora bien, el recorrido por estos contextos institucionales permite identificar el *discurso* acerca de la mujer que subyace en cada uno de ellos y que reproducen en sus prácticas. Y, precisamente, de la confluencia discursiva (médica-jurídica-familiar) se configura un *discurso social hegemónico* sobre la mujer que aspira a ocultar el poder del patriarcado y las lógicas de dominación masculina en que dicho discurso se sustenta, perpetuando, de este modo, la desigualdad y la discriminación, de donde adquiere profunda vigencia la reflexión de Angenot, quien ve el discurso social como “un dispositivo para ocultar, para desviar la mirada, ya que sirve para legitimar y para producir consenso”. Así, este autor nos introduce en el concepto de *discurso social* como producto de una construcción socio-histórica y cultural, definiéndolo como “sistemas genéricos, repertorios tópi-

cos, que organizan lo decible, lo narrable y lo opinable, y aseguran la división del trabajo discursivo”. Y opera, pues, como un conjunto de mecanismos unificadores y reguladores que impone dogmas, fetiches y tabúes. En definitiva, constituye un eficaz instrumento de control social y disciplinamiento (Angenot, 2010).

La locura femenina como “constructo”: una mirada estructural

Si partimos del supuesto básico subyacente de que la mujer que es socialmente etiquetada de “loca”, lo es porque representa una amenaza al orden patriarcal impuesto como modelo de relación social; cabe afirmar que la sociedad patriarcal es, en sí misma, generadora de violencia y promotora de la locura, tal como lo sugiere Angarita Castro (2014). En efecto, la autora indaga en la complejidad del concepto de locura como una construcción colectiva que se desarrolla en contextos sociohistóricos y culturales concretos, rescatando, así, la noción establecida por Foucault respecto a la locura, entendida como un concepto que está determinado por la época en la que está inmerso. Tal es el caso, por ejemplo, de la histeria y su construcción histórica asociada exclusivamente a la mujer; ello ha contribuido al estereotipo de “mujer histórica”, tan arraigado en el imaginario social como expresión de la debilidad o fragilidad de la “naturaleza femenina” sujeta, también, a las funciones reproductivas y condicionadas por los ciclos sexuales femeninos. De esta manera, la asociación de la psiquis femenina con los órganos sexuales constituye un factor facilitador de la tipificación de la locura en la mujer (Angarita Castro, 2014). En efecto, podría pensarse que la antes mencionada vinculación de la mujer con el mundo de lo sensible, el instinto, la pasión, el cuerpo, la ha tornado, históricamente, más vulnerable a los padecimientos mentales y, por ende, ha profundizado el sometimiento y la dominación masculina. “Condición genérica” de la mujer que ha sido construida históricamente por las sociedades y culturas patriarcales (Lagarde y de los Ríos, 1997). De ahí, cabe suponer que cada mujer

en particular es una síntesis histórica del patriarcado, de sus normas y prohibiciones, es decir, un “*ser de y para los otros*”, de donde esa especie de dependencia vital, de sujeción, de subalternidad y de servidumbre la conducen necesariamente a una carencia de autonomía, de independencia y gobierno sobre sí mismas, incapaces de constituirse en sujetos y cuya actitud básica consiste en consumir este ideal o “el deber ser femenino”. Es por ello que las mujeres están *cautivas* de su condición genérica en el mundo patriarcal.

Y, en este contexto, la “mujer loca” representa la locura genérica de todas las mujeres que enloquecen, ya sea por la obediencia y realización del ideal de feminidad o por su transgresión. Retomando las palabras de Lagarde y de los Ríos: “Las mujeres enloquecen de tan mujeres que son, y enloquecen también porque no pueden serlo plenamente, o para no serlo” (Lagarde y de los Ríos, 1997: 40).

Así, la locura genérica de las mujeres emerge fundamentalmente de su sexualidad y de la relación con los otros. Relaciones de dependencia y sometimiento e inferioridad con respecto al varón. Cautivas de sus cuerpos “para otros”, ya sea para la procreación o por erotismo, las mujeres se definen como entes incompletos o territorios dispuestas a ser ocupadas y dominadas.

Si bien el grado y forma en que cada mujer transita su condición genérica es susceptible de variaciones, sí es un hecho común que aquellas mujeres que se apartan del ideal femenino son etiquetadas de enfermas, incapaces, locas, *raras*. Esta afirmación queda explícitamente demostrada en el trabajo en el cual Dora Barrancos ha analizado el rol de los medios de comunicación a mediados del siglo XX y su impacto en la sexualidad femenina, haciendo particular hincapié en las publicidades, novelas, revistas, teleteatros, dirigidas a la mujer moderna. En ellos, aparece con frecuencia la expresión “cabecita loca”, finalmente popularizada, para designar a aquellas mujeres que desafiaban el arquetipo de mujer o renegaban del rol tradicional asignado y pretendían incursionar en otros ámbitos de la esfera pública (Barrancos, 1999).

Se observa, a partir del recorrido precedente, como el término “loca” denota algo más que un trastorno en el orden de la psiquis, trascendiendo al orden moral y sexual de las féminas. De manera que la “locura en la mujer” cabe ser entendida como producto de situaciones sociales que solo pueden ser reconocidas desde una mirada epocal y explicadas desde la desigualdad de género constituida desde el orden patriarcal. Precisamente, esta aserción de la locura en la mujer como una construcción social del patriarcado, dando cuenta de la dimensión estructural de la problemática.

En efecto, hemos visto cómo las instituciones: familia, Justicia y salud, a través de sus discursos reproducen el orden social patriarcal a la vez que ejercen su función de “normalización” de la dominación masculina y el sometimiento de la mujer. Esta “matriz androcéntrica”, en el sentido bourdiano, alimenta y fundamenta las relaciones entre los géneros; de donde el sociólogo francés se pregunta sobre los mecanismos responsables de la “deshistorización” y de la “eternalización”, de las estructuras de la división sexual. Y explica, a partir del estudio etnográfico de la sociedad cabileña, que las instituciones tales como la Escuela, el Estado, la Iglesia y la unidad doméstica son responsables, en último término, de la dominación masculina, en cuanto lugares de imposición de los principios de dominación. Bourdieu se propone explorar las estructuras simbólicas de lo que llama el “inconsciente androcéntrico” que persiste, aún hoy, en los varones y mujeres, cuyo “poder hipnótico”, como lo llama el autor, transforma las contingencias históricas y las arbitrariedades culturales en naturales (Bourdieu, 2005). En efecto, el orden social masculino funciona como una inmensa máquina simbólica que perpetúa su dominación, la que se expresa tanto en la división sexual del trabajo, como en la organización sexual del espacio; en la distribución del tiempo, signado por la producción para el varón y por los ciclos de la gestación para la mujer; y en las relaciones sexuales, donde lo masculino se manifiesta como lo activo y lo femenino como pasivo. Así, todas estas divisiones sexuales arbitrarias del mundo social que son percibidas

como del orden “de las cosas” quedan naturalizadas y, por ende, dotadas de legitimidad. Se consolida, de esta forma, una “legitimidad de la dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica que es en sí misma una construcción social naturalizada” (Bourdieu, 2005: 37).

En sintonía con esta noción, Segato se detiene en el análisis de la familia, el sexo y el género como “la invención de la naturaleza”; y recurre al concepto de “estructuras elementales” formulado por Lévi-Strauss para penetrar en aquello que subyace a los hechos socioculturales y que opera como los fundamentos inconscientes de la vida social. Su función consiste en organizar, en lo que respecta al género, la relación entre los estatus relativos de poder y subordinación representados por el varón y la mujer, en tanto íconos de las posiciones masculina y femenina y de todas sus transposiciones en el espacio jerárquico global. Por ello, afirma que la estructura “es siempre, en última instancia, jerárquica. Puede contener la posibilidad de inversiones y permutas, pero nunca de simetrías” (Segato, 2003: 56-57). De modo tal que la desigualdad de género resulta inherente al dominio propio de la estructura patriarcal.

Como es bien sabido, desde una perspectiva estructuralista, el orden de la estructura organiza los significantes en la vida social, posee un poder simbólico que no es perceptible a primera vista, por el contrario, se requiere de recursos tales como el análisis del discurso para reconocerlo, advierte la autora. De allí, la necesidad de deconstruir el *discurso social hegemónico* sobre la mujer encriptado en las instituciones y sus organizaciones a fin de develar el poder del patriarcado y las lógicas de dominación masculina que dicho discurso oculta (Angenot, 2010).

Al respecto, cabe remarcar la pertinencia de los interrogantes planteados en una publicación específica de salud mental, donde su autora se pregunta, ya desde el título, ¿Por qué hablar de género y salud mental? (Ramos Lira, 2014: 275-281). En este sentido, surge otra pregunta clave: cuando hablamos de ser varón o ser mujer, ¿a qué nos estamos refiriendo?: ¿al sexo o al género? Y si retomamos

aquella “superioridad” de lo masculino sobre lo femenino (o mejor aún, aquella hipotética superioridad naturalizada), cabe comprender la distribución inequitativa (evitable e injusta) de poder y recursos (Ramos Lira, 2014: 275-276).

Ahora bien, desde el marco conceptual planteado, se advierte que la violencia intrafamiliar resulta un detonante común en gran parte de casos de salud mental, particularmente de las mujeres. La razón de esa violencia puede ser encontrada en la actualidad, y siguiendo a Femenías y Soza Rossi (2009), en que se utilizan como *cuerpos ejemplificadores* a las mujeres autónomas que fueron reprendidas y reprimidas por varones que las vieron causa de su pérdida de privilegios. Este sistema de cuerpos ejemplificadores tiene efectividad por la publicidad de sus acciones, los cuerpos violentados son vistos y se toman como “modelo de represión” para las otras mujeres, con el fin de que sepan qué es lo que les ocurriría si siguen el camino de las que “fueron más allá”. Las consecuencias de esos cuerpos ejemplificadores se exhiben y se toman como forma de impartir temor y como forma de que continúe la estructura patriarcal.

En este contexto, y ante la referida situación de desigualdad inferiorizante de la mujer respecto al varón, desde la cual ha sido firmemente asentado el clásico paradigma de los roles de género, nos concentraremos en analizar esta situación con los aportes que nos otorgan las perspectivas de Rawls y Dubet respecto a la “injusticia” del tratamiento igualitario a situaciones que, por diversos aspectos, son diferentes. Recuperando, entonces, el gráfico ejemplo respecto a la necesidad prioritaria de “nivelar la cancha de juego” antes de comenzar la contienda, nos abocaremos de ahora en más a analizar si el marco legal sancionado en nuestro país que ampara al padeciente mental, leído en perspectiva de género, prevé para las mujeres una protección mayor que la dada a los varones. De esta manera, procuramos exhumar si se advierte aquella impostergable nivelación previa del campo de juego, puesto que, ya antes de iniciarse el partido una de las partes se encuentra en una situación de evidente desamparo.

Sobre estas referencias teóricas, de más está recordar el amplio reconocimiento de Rawls en tanto punto de inflexión del pensamiento liberal y democrático; y que, en su teoría, reposan muchos de los debates actuales sobre multiculturalismo, la política de la identidad, la política de la diferencia, las renacientes teorías de la discriminación o las nuevas teorías de la ciudadanía (Rodríguez Zepeda, 2004: 96).

Por otra parte, cabe recuperar el señalamiento hecho por Dubet (2011) respecto a que la igualdad de posiciones y la igualdad de oportunidades son los dos grandes pilares sobre los que se asientan sendas concepciones de la justicia social en el pensamiento contemporáneo. Ambas comparten el propósito de resolver, o al menos disminuir, la contradicción fundamental presente en las sociedades democráticas actuales entre la igualdad de los individuos y las inequidades sociales (Ozuna, 2016: 93).

Asimismo, y rescatando los valiosos aportes realizados por el equipo de investigación coordinado por Manuela González sobre el tema violencias contra las mujeres (más allá de que el estado mental de estas fuera “normalidad” o “locura”)²⁰¹, avanzaremos en el sentido de exhumar la ya mencionada tensión (¿irresoluble?) entre violencia, género y salud mental. Ello, a partir de una revisión panorámica del corpus legislativo vigente en este último aspecto, sancionado a nivel nacional hace unos años.

La ley y más allá del texto legal

Hacia el año 2009, en la Cámara de Diputados de la Nación comenzaron los debates que dieron nacimiento a la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, sancionada finalmente bajo el número 26.657. La misma, que constituye el primer cuerpo legal integral de nuestro país en la materia, fue aprobada con amplio consenso de ambas Cámaras legislativas. Cuarenta y siete votos afirmativos y tan solo una

201 Por nombrar tan solo uno de sus más recientes trabajos, cabe mencionar: González, Manuela Graciela (compiladora), *Violencia contra las mujeres, discurso y justicia*, La Plata, Edulp.

abstención, advirtiéndose en ello, así como en las sesiones del parlamento, la relativamente fácil adhesión para con la norma, ya que constituye un avance notable en cuanto a derechos de los/las usuarios/as e instituciones mentales tanto públicas como privadas —entre otras cosas—. A su vez, este proyecto contaba con la fortaleza del dictamen previo de la Comisión de Salud basándose en la Constitución de la OMS, que contempla como principio internacional fundamental que el pleno goce de la salud al que se pueda llegar es un estado de la persona, pero también un derecho fundamental²⁰².

En efecto, el campo de la salud mental es complejo y dinámico, correspondiendo advertir que la vertiente moral y humanitaria son fundamentales a la hora de abordarlo tanto para el/la usuaria como para conservar el orden social establecido y devengado de las luchas políticas e ideológicas —donde son partícipes actores con intereses contrapuestos tales como usuarios/as, el Poder Judicial, corporaciones médicas y profesionales, laboratorios, etc.— que hacen que el debate y la discusión de las prácticas y los significados estén en el punto en el que están (López, Torres y Suardiaz, 2017: 12).

Ahora bien, si focalizamos en el tema concreto que nos proponemos exhumar, sorprende el silencio no solo en la norma encarnada, sino también, más aún, el habido al respecto en los registros taquigráficos que reflejan los debates parlamentarios previos a su sanción legislativa.

En efecto, los/las legisladores/as focalizaron sus discusiones en la eventualidad de la necesidad de un abordaje interdisciplinario del tratamiento de varones y mujeres que padecen una enfermedad mental, debatiendo sobre la inclusión o el apartamiento de las adicciones dentro de la ley (así como también si los/las adictos/as están comprendidos dentro de esta regulación). Otro eje de debates consistió en la importancia del apoyo familiar como de la trascendencia de mantener los vínculos afectivos y por ello conlleva a cambiar el

202 Cámara de Senadores de la Nación, 23^o Reunión, 17^o Sesión ordinaria, Buenos Aires, 24 y 25 de noviembre de 2010 (Versión taquigráfica), p. 100.

paradigma conocido como de “desmanicomialización” en reacción a las críticas que han recibido a lo largo de los años las instituciones totales.

Sin embargo, ninguna mención específica se ha hecho en los debates respecto a las mujeres y su condición de tal. En este caso, las sesiones legislativas y quienes la presencian parecen haber ignorado dicha situación problemática, y solo se advierten mínimos aportes de legisladores y legisladoras que podrían ser relacionados a la cuestión de “género” en la temática de salud mental.

De manera que, tal como hemos anticipado, son ellas quienes sufren de una doble estigmatización (mujeres-“locas”); hubiera sido deseable (e imprescindible) un tratamiento diferencial positivo (en el sentido de la mencionada nivelación del campo de juego), en tanto sujetos doblemente vulnerados²⁰³.

Recién desde este encuadramiento se les aseguraría, tanto en la norma como en la praxis, el ejercicio de los derechos y garantías que faciliten una posición igualitaria con el varón.

Revisando los debates que precedieron al dictado de la norma en cuestión, vemos que en la Cámara de origen (Diputados) se tuvo en consideración un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), en el que se concluye, “... no se trata de que los locos sean un poco menos locos sino de un intento de inscribir la locura en nuestra cultura, para poder dar lugar a la diferencia [...]. Es responsabilidad del Estado generar políticas de rehabilitación y externación, utilizando los recursos del sistema público de salud...” El punto 5 de la OMS (1996) establece que debe “asegurarse que los prestadores de atención de salud mental no consideren sistemáticamente que los pacientes con trastorno mental son incapaces de tomar sus propias decisiones...”²⁰⁴.

203 Para un análisis sobre género y locura en perspectiva histórica y actual, ver: Miranda, 2019.

204 Cámara de Diputados de la Nación, *Diario de Sesiones*, 12º Reunión, 7º Sesión ordinaria, Buenos Aires, 14 de octubre de 2009, p. 28.

En este sentido, ha sido bien remarcado el rol fundamental del “encuentro médico-paciente”, y lo definen como “un espacio intersubjetivo donde cada uno pueda responder desde su ser-capaz y decidir conjuntamente” (Sánchez Vázquez, Lahitte y Ortiz Oria, 2015: 97). En estos espacios es correcto hablar de la ciencia de la bioética y ella aplicada, en lo particular, a los y las prestadoras de atención de salud mental, obligándolos/las a tomar en esta problemática tan particular donde la persona es doblemente vulnerable — reiteramos, por ser “loca” y ser mujer—, una postura humanista y personalista a la hora de trabajar. La vulnerabilidad en la que se encuentran no es independiente del contexto social e histórico; su forma de ser abordada se modifica y, así mismo, el grado de autonomía que las instituciones, las prácticas médicas interdisciplinarias y las leyes les conceden. El equipo profesional es uno de los factores que debe actuar acorde a los parámetros y mandatos culturales tomando una postura respecto al rol del usuario/a.

Retomando las opiniones de la misma reunión, la Diputada Areta menciona haber trabajado con mujeres, adolescentes y familias que han sufrido problemáticas en materia de salud mental uniendo a estos tres grupos de pertenencia bajo el denominador común de “la familia”, sin hacer, empero, mención alguna a los varones. Así, definió las características de su campo de labor en “familias que atraviesan situaciones de riesgo psicosocial”, y que, por ello, requieren de un acompañamiento y una orientación profesional, destacándose que toma al fortalecimiento de los vínculos del grupo de convivencia y la contención familiar como un factor fundamental para el bienestar de quienes padecen trastornos psicológicos o psiquiátricos.

A su vez, la inserción solicitada por la legisladora en cuestión considera fundamental comprender la existencia de factores de diversos tipos que pueden determinar e inclinar, tal vez, a que una enfermedad mental acontezca, dentro de los cuales refiere a los factores sociales. En este aspecto, nos preguntamos si cabe considerar en ellos a la diversidad de trato y de prerrogativas por género, dado que, tal

como asegura la diputada, “El ser humano es una unidad indisoluble, lo físico se une a lo mental y a lo histórico-social²⁰⁵.”

Por otra parte, la Diputada Bianchi remarca el deber constitucional del Congreso en legislar y promover medidas de acción para garantizar la igualdad de oportunidades, trato, pleno goce y ejercicio de derechos reconocidos por nuestra Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de la niñez, las mujeres, los/las ancianas y las personas con discapacidad... (art. 75 inc. 23 Constitución Nacional) e incluye la necesidad y la oportunidad de sancionar esta ley, considerando que la misma ampara a un sector vulnerable de la sociedad que sufre continuas violaciones a sus derechos, estigmatizaciones y discriminación. Sin embargo, la propia diputada no advierte dentro de sus posibilidades, y hablando específicamente de la situación de vulnerabilidad, que, las mujeres-“locas” podrían ser sujetos particularmente desventajados en esta situación que plantea.

Aproximadamente un año después, se reúne la Cámara de Senadores para tratar la Ley Nacional de Salud Mental. Allí el senador Cano es quien tiene la palabra en primer término y se encarga de plantear, tomando la Conferencia Internacional de la Salud de Nueva York (2018), que el pleno goce de la salud al que se puede llegar no es solo un estado de la persona sino también un derecho fundamental independiente de toda religión, ideología, condición económica o social²⁰⁶. En ese mismo momento realiza un breve *racconto* de encuestas realizadas para analizar tanto causas como consecuencias de la problemática y es de nuestro interés remarcar que, en primer término, no se ha mencionado al género como uno de los ítems a considerar en las encuestas, ni se ha discriminado el número de mujeres y varones que pasan sus días en una institución total o padecen enfermedades

205 Cámara de Diputados de la Nación, *Diario de Sesiones*, 12° Reunión, 7° Sesión ordinaria, Buenos Aires, 14 de octubre de 2009, p. 408.

206 Cámara de Senadores de la Nación, 23° Reunión, 17° Sesión ordinaria, Buenos Aires, 24 y 25 de noviembre de 2010 (Versión taquigráfica), p. 100.

mentales. En este sentido, se advierte la invisibilización del género en cuanto promotor de desigualdades y padecimientos diversos.

Por último, la senadora Di Perna propone modificaciones a ciertos artículos del proyecto, el art. 1 y la definición del art. 3, en el cual sostiene que “las políticas en el campo deben contemplar rehabilitación, reinserción social fijando prioridad en los grupos etarios vulnerables, niños adolescentes y adultos mayores”, y es así como la legisladora toma, en este caso, un criterio de vulnerabilidad con base exclusiva del grupo etario en el que no se encuentran contemplados otros factores que generan vulnerabilidad como, por ejemplo, el género²⁰⁷. Sugiere, asimismo, agregar al art. 5 el inciso d) garantizar que estos sujetos no padezcan de injerencias arbitrarias en su vida privada, familia, domicilio, junto con el k) sobre la necesidad y utilidad de prevenir tomando en consideración los actores sociales y proponer políticas orientadas a dicha red social. Si esto es mirado desde una perspectiva amplia, podría generar, en el mismo, una inclusión al tema género y las particularidades que el mismo engloba en los vínculos con el otro dentro de la sociedad y de la propia familia.

De esta manera puede afirmarse que en los debates parlamentarios no se ha hecho mención en ningún momento a las mujeres como grupo de vulnerabilidad a ser tomado en cuenta para formular los postulados legales; es decir, las políticas públicas en materia de salud mental partirían desde el postulado de una igualdad —que, en la praxis es, a nuestro entender, ficticia— entre varones y mujeres. En efecto, no constituye un dato menor para nuestro análisis la carencia de mención alguna respecto al “género” y sus situaciones particulares en la práctica; ni la ausencia de vocabulario inclusivo en el marco legal sancionado, donde se insiste en hablar de “el paciente”, “el profesional”, “el enfermo”.

207 Cámara de Senadores de la Nación, 23ª Reunión, 17ª Sesión ordinaria, Buenos Aires, 24 y 25 de noviembre de 2010 (Versión taquigráfica), p. 105.

La norma: entre el poder psiquiátrico y el poder patriarcal.

Tal como lo advierte el Manifiesto “Locura Feminista”²⁰⁸, “no es lo mismo ser loca que loco”.

En efecto, la locura femenina denota algo mucho más complejo que un trastorno en el orden de la salud mental, revela la *complicidad del poder médico hegemónico con el poder patriarcal*, circunstancia que el Manifiesto expone claramente. La psiquiatrización de aquellas mujeres que se resisten o no pueden responder a los mandatos que el rol de género les impone es el recurso con el que cuenta el patriarcado para normalizar y disciplinar al cuerpo femenino medicalizando sus indignaciones y padecimientos. La locura en la mujer es entendida, desde una perspectiva crítica, como una forma legítima de enfrentar la realidad y no como “síntomas de un trastorno mental”. Por el contrario, son reacciones comprensibles, formas de sobrevivencia y resistencia ante una sociedad injusta y desigual, afirma el Manifiesto.

Así, el trasfondo cultural y social que posee esta problemática implica despatologizar las respuestas de las mujeres hacia el trauma y la opresión, es decir, dejar de considerarla una “enfermedad objeto” del poder psiquiátrico. Y, como hemos señalado, la estigmatización que recae sobre la mujer enajenada es producto de los estándares de “normalidad” contruidos desde y por una sociedad de estructura patriarcal.

Y, en este contexto, el poder disciplinario de la psiquiatría se ejerce sobre los cuerpos de manera silenciosa, aplicando obediencia y ejecutando un sometimiento tal que pareciera emerger como una voluntad propia y constante del individuo (Contreras Tapia, 2015). Ello se evidencia fundamentalmente en las situaciones de encierro en instituciones médicas totales (nosocomios o manicomios), en sus discursos y prácticas similares, donde la relación de sujeción, en términos foucaultianos, aparece naturalizada, normalizada. De ahí que,

208 Fuente: <https://locurafeminista.wordpress.com/manifiesto.Nov.2018>

establecidas esas relaciones de poder (patriarcal y psiquiátrico), ellas se interrelacionan y resultan funcionales a la consigna de corregir a la “sociedad enferma” y reproducir, finalmente, el sistema de dominación masculina. A través de la disciplina, el control y la coerción sobre los cuerpos de las mujeres, se logra una sujeción prácticamente mecánica y una subordinación constante que las mantiene medicalizadas y convencidas de su condición de locura.

Asimismo, el carácter disciplinador de la psiquiatría es destacado por Szasz (2005), el psiquiatra húngaro, reconocido crítico de los fundamentos morales y científicos de la psiquiatría, y considerado como uno de los referentes de la “antipsiquiatría”, quien enfatiza que en cada momento histórico existen mecanismos de represión y dominación. En tal sentido, compara el poder de la psiquiatría con el poder de la inquisición; al psiquiatra, con el verdugo; al “loco”, con el hereje; a la “mujer loca”, con la bruja, la poseída o pecadora. Tanto en un caso como en otro, son estigmatizados socialmente como “peligrosos”. En efecto, el sistema represivo, para conservar su estabilidad y permanencia, extirpa de su propio cuerpo a ese “otro”, desviado, que constituye una amenaza. De manera que la psiquiatría constituye un fenómeno de segregación social, un invento de la sociedad moderna. Así como en la Edad Media, los clérigos habían fabricado a los herejes, los médicos, como los nuevos guardianes de la conducta y moral social, han fabricado “locas”. *La fabricación de la locura* es, así, una construcción social que tiene un efecto estabilizador de la sociedad y regula el accionar de los individuos contraponiendo a aquellos comportamientos socialmente aceptables y que encarnan la normalidad a aquellos otros socialmente no aceptados y las consecuencias drásticas que traen aparejadas, como son estigmatización, rechazo, persecución, marginación, encierro, entre otras.

No obstante, la “feminización de la locura”, es decir, el hecho de caracterizarla con atributos femeninos, condiciona las respuestas terapéuticas dadas por la psiquiatría; de donde las mujeres han tenido más probabilidad de ser etiquetadas de enfermas mentales, debido

al consabido “doble estándar” de la enfermedad mental que, sintéticamente, puede resumirse en la idea que no se aplican los mismos parámetros en varones que en mujeres (Ruiz Somavillae y Jiménez Lucena, 2003), afirmándose la tesis que las mujeres pueden ser consideradas “cuerdas” o “locas” en tanto aceptan o rechazan aspectos del rol femenino.

Concentrándonos ahora en la norma sancionada, cabe sostener su notable valía en lo que respecta a las políticas públicas de salud mental; careciendo, no obstante, de contemplación en la diversidad entre varones y mujeres o en el amparo de grupos aún más vulnerables (sobrevulnerados) que suma al padecimiento mental otra estigmatización y menores derechos garantizados.

En efecto, y tal como hemos advertido, no existe dentro de la normativa dedicación al género, y tan solo algunos contados artículos pueden relacionarse con la cuestión, ya de manera directa, ya indirecta. Así, por ejemplo, el artículo 3° sostiene que reconoce “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”, partiendo, siempre, de la presunción de su capacidad. Resalta, asimismo, la imposibilidad de hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental “sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalentes en la comunidad donde vive la persona”.

Este artículo origina grandes preguntas que no fueron, empero, discutidas en profundidad en los debates parlamentarios. En primer término, reconocer los componentes que lleva consigo la salud mental e incluir allí los culturales y biológicos nos lleva directamente a pensar que la manera en que son conceptualizadas, tratadas y categorizadas las mujeres tanto por ellas mismas, los varones y el Estado

podría llegar a ser uno de los aspectos fundamentales a tratar cuando hablamos de la salud mental de una mujer. Asimismo, cómo las conceptualice la sociedad y los derechos que sean reconocidos y efectivizados consideramos que puede llegar a mejorar esa “construcción social” vinculadas a la concreción de los derechos humanos y sociales de la misma — como expresa textualmente el artículo—.

De manera que, profundizando sobre la hermenéutica la norma, esta pareciera ser adaptable no solo a quienes padecen enfermedades mentales sino también a quienes la padecen y asimismo son estigmatizadas por su condición de género.

En esta instancia, cabe recuperar la reflexión de Rodrigues Neto, quien advierte que la salud debe ser entendida como resultado de las condiciones de vida. Es decir, que la salud no es conseguida sólo con asistencia médica, sino principalmente por el acceso de las personas al empleo, con salario justo, a la educación, a buenas condiciones de habitación y saneamiento del medio ambiente, al transporte adecuado, a una buena alimentación, la cultura, y al ocio; además, evidentemente del acceso a un sistema de salud digno, de calidad y que resuelva los problemas de atención de las personas cuando necesiten (Bisneto, 2005: 69).

Asimismo, el artículo 7° de la Ley de Salud Mental contempla el reconocimiento por el Estado respecto a las personas con padecimiento mental de derechos, tales como “a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos [...] el) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación”.

A los términos de estos incisos, debemos focalizar, por un lado, en el trato paciente- profesional; la responsabilidad de estos/as últimos/as tiene consecuencias trascendentales en la vida pública y personal de las personas y deben ser evaluadas desde ópticas jurídico-normativas. En efecto, en nuestra sociedad, la conducta profesional deriva en imputación al mismo por sus actos (negligencia, imprudencia o impericia jurídica) con efectos en los fueros civiles y penales. La responsabilidad es, así, un valor principal dentro de la actividad de los y las profesionales, más aún en profesionales de la salud, que obliga a tomar decisiones conforme a criterios y principios generales como el respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia distributiva a los casos o situaciones particulares (Sánchez Vázquez, Lahitte y Ortiz Oria, 2015: 101). Es por todos estos principios y por el rol del/de la profesional que la autonomía de las usuarias toma preponderancia ya que, dependiendo las atribuciones que le diera a la tratante, va a surgir la agencialidad autónoma de la paciente y de ello se produce la versatilidad al manejarse con el entorno —el que muchas veces se presenta amenazante— y hasta de construir nuevas normas o formas de organización en el encuentro con otros/as.

En este contexto es imaginable cómo puede repercutir en la subjetividad de las mujeres dentro de una institución total el hecho de que los/las profesionales las consideren como tal y las empoderen, concientizándolas, haciendo que sean partícipes de sus decisiones y la importancia, así mismo, que los/as operadoras judiciales y médicos/as estén lo suficientemente capacitadas y realicen sus actos de acuerdo a lo normado.

A su vez, y como otro punto a analizar, los términos “igualitario y equitativo” del inciso a) junto con el inciso c) y l) resultan, a simple vista, poco probables no teniendo en contemplación el acceso igualitario a la salud en este caso, en varones y en mujeres, cuando los insumos y prestaciones suelen estar en poder de uno de los dos o cuando — esto merita un concienzudo trabajo de campo— existen quizás mayor número no solo de instituciones sino de prestaciones

en general para los varones por el “preferente” o más fácil, quizás, acceso de los mismos a los servicios y prestaciones en general. Esto solo es una simple hipótesis la cual cuestiona si es en verdad igualitario y equitativo dicho acceso y si verdaderamente la atención se basa en fundamentos científicos y principios éticos y no en otros factores como, por ejemplo, género. Es precisamente este lugar desde donde cabe preguntarnos si se puede o debe hablar de tratamiento personalizado sin tener una perspectiva de género dentro del cúmulo de otros aspectos a tomar en consideración.

Por su parte, el artículo 26 refiere que “En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además, se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos”. Al respecto, cabe reflexionar sobre la falta de inclusión de otros tratados que también deberían considerarse en cuanto a protección de grupos vulnerables como, por ejemplo, el tratado con jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22) llamado “Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer” (CEDAW). Como es sabido, esta Convención fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 1979 y, desde septiembre de 1981 ha tenido vigencia como tratado internacional. Establece una declaración internacional de derechos para mujeres y también un programa de acción para los estados que la adoptaron.

Respecto a la autoridad de aplicación de la norma, el artículo 35 señala que “Dentro de los ciento ochenta días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo

debe reiterarse con una periodicidad máxima de dos años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización”.

Más allá de las críticas que podría llevar consigo este artículo, ya que en más de un trabajo proyecto o exposición ha sido resaltada la lentitud y poca operatividad al momento de aplicar la ley, es de destacar que esta norma sí tuvo en cuenta el sexo de los padecientes con la finalidad de crear una estadística específica que, tal vez, tenga proyección a futuro y utilidades diversas.

Reflexiones finales

Por último, cabe remarcar a modo de reflexión, teniendo en consideración lo dicho y lo no dicho tanto en las reuniones legislativas como en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones consecuentemente sancionada —y situándonos en un contexto de globalización al momento de informar y de decidir los temas a tratarse en la agenda pública— que lo debatido, lo sancionado y las problemáticas que fueron mencionadas junto con la invisibilización de la situación particular de las mujeres con enfermedades mentales, puede ser explicado en razón del *paradigma informacionista* (masculinizante, en este caso) (Femenías y Soza Rossi, 2009). En efecto, este paradigma plantea un contexto en el cual se genera una selección y consecuente segregación de voces, códigos y discursos que, casualmente, beneficia a quienes tienen poder y quienes pueden alzar su voz. Y, en él, las mujeres no tienen garantizado que sus relatos y sus reclamos sean escuchados ni que sus esfuerzos para que se generen avances en el abordaje de la salud mental de las mujeres rindan frutos, toda vez que son pocos los discursos que llegan a ser tomados a nivel global. Así se advierte en la ley analizada la concepción del paradigma, observándose, a la vez, que se relativiza o no se toma en cuenta la palabra y vivencias de las usuarias. De manera que las cámaras legislativas se valieron del discurso predominante y sin enfatizar respecto a “¿qué tipo de integración social promueve la supuesta igualdad de acceso a una

información construida por y para sostener posiciones sociales de desigualdad? Aún más, ¿no es la invisibilización de la subordinación uno de los mecanismos propios del paradigma global?” (Femenías y Soza Rossi, 2009: 57).

Claro está que, dentro de este paradigma, el silenciamiento y la invisibilización de esas voces constituyen una forma de subordinar. Los factores de poder que condicionan el armazón cultural son los que deciden la información que ha de circular y plasman el lenguaje implícito y explícito de ese orden simbólico. Como expresa Femenías, “El patriarcado utiliza la fuerza de ideología, de los discursos de su palabra para generar una mística de la feminidad, de la maternidad, de la heterosexualidad obligatoria, negando o desautorizando las palabras que se generan por fuera del pacto y de la fraternidad” (Femenías y Soza Rossi, 2009: 56).

En definitiva, el patriarcado es quien, dentro de esa ideología, conceptualiza a la “mujer-loca”.

De esta manera, en estas breves líneas intentamos dejar planteadas situaciones no resueltas en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones respecto a la (necesaria) protección diferencial de las mujeres. Así, y celebrando el avance en el proceso inclusivo que generó la norma en cuestión —evidentemente ampliatoria del reconocimiento de derechos— consideramos que ella resulta aún insuficiente para avanzar en pos de una igualdad de tratamiento a las mujeres que, en situación de violencia intrafamiliar, se encuentran en evidente sojuzgamiento social y, para cuya resolución, la ley en análisis, si bien es necesaria, no resulta suficiente.

Por todo ello, y frente a lo expuesto a lo largo de estas páginas, si se retoman los objetivos iniciales del proyecto del cual se desprende esta presentación, podría concluirse que efectivamente existen dificultades en el acceso de las mujeres a la Justicia, que se encuentran en situación doblemente vulnerables por sufrir violencias de género y por transitar padecimientos mentales. Particularmente, uno de los objetivos específicos propuestos al inicio del proyecto pretendía

“indagar y caracterizar las dificultades del acceso a la Justicia de las mujeres teniendo en cuenta los siguientes aspectos: violencia y salud mental incorporando a la perspectiva de análisis, las políticas públicas que tengan como destinatarias a mujeres que sufren violencia y a las personas con padecimiento mental en el Departamento Judicial de La Plata”, y es con los fundamentos volcados en el presente capítulo que afirmamos que una de las dificultades principales y fundantes para permitir la situación actual (alarmante) de las mujeres con padecimientos mentales víctimas de violencia en Argentina es la falta de perspectiva de género en el texto legal que desde el año 2010 rige para las diversas situaciones que atraviesan las personas con padecimientos mentales.

Luego de este incipiente análisis, resta problematizar respecto a lo que ocurre en los ámbitos de aplicación de dicha normativa y preguntarse no solo si la misma tuvo influencia en las prácticas institucionales referidas a la salud mental sino también si es acaso posible reconocer una perspectiva de género en las mismas.

Cabría preguntarse acerca de la perspectiva de género en el ámbito de la salud. ¿Qué estrategia debería implementar para perforar eficazmente el modelo médico hegemónico? La norma jurídica, como se ha visto, no resulta suficiente. Tal vez, porque el orden jurídico que se encuentra representa otra institución cuyo poder, generalmente se orienta a reproducir la desigualdad de género, discriminando, patologizando y estigmatizando a la mujer.

La “dominación masculina” es el común denominador del campo de la salud y de la justicia.

Bibliografía

- AA. VV. (2017). *Actas del Primer Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones*. Tandil, 11-13 de mayo.
- Angarita Castro, María Eugenia (2014). *Mujer, misticismo y locura. Un estudio de tres componentes básicos en la novela Delirio de Laura Restrepo*. Kandidatuppsats: Hösttermin.

- Angenot, M. (2010). *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Barrancos, D. (1999). "Moral sexual, sexualidad y mujeres trabajadoras en el periodo de entreguerras". En Devoto, F. y Madero, M., *Historia de la vida privada en la Argentina*. Tomo 3 (pp. 199-225). Buenos Aires: Taurus.
- Bonino, L. (2000). "Varones, género y salud mental: deconstruyendo la 'normalidad' masculina". En Segarra, Marta y Angels Carabí (coord.): *Nuevas masculinidades* (pp. 41-64). Barcelona: Icaria.
- Bourdieu, P. (2005). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Caponi, S.; Vázquez Valencia, M. y Verdi, M. (org.). (2016). *Vigiar e medicalizar. Estratégias de medicalização da infância*. San Pablo: Liber Ars.
- Contreras Tapia, J. (2015). *Enajenadas, Poder y Locura. Disciplina- miento de los cuerpos de mujeres internas en la Casa de Orates de Santiago y sus memorias psiquiátricas*. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura en América Latina. Santiago de Chile: Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile.
- Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación* (2009). 12° Reunión, 7° Sesión ordinaria, Buenos Aires, 14 de octubre.
- Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de la Nación* (2010). 23° Reunión, 17° Sesión ordinaria, Buenos Aires, 24 y 25 de noviembre.
- Dubet, F. (2011). *Repensar la justicia social. Contra el mito de la igualdad de oportunidades*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Duby, G. y Perrot, M. (2000). *Historia de las mujeres* (tomo 5: El siglo XX). Madrid: Taurus.
- Femenías, M. y Soza Rossi, P. (2009). "Poder y violencia sobre el cuerpo de las mujeres". *Sociologías*, 11 (21) : 42-65.
- Foucault, M. (1961). *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge clas- sique*. París: Plon.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Taurus
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad, (tomo 1- La voluntad de saber)*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Fuentenebro, F.; Huertas García, Rafael y Valiente Ots, C. (eds.) (2003). *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*. Madrid: Frenia.
- González, M. (compiladora) (2016). *Violencia contra las mujeres, discurso y justicia*. La Plata: EDULP.
- Gros, F. (2000). *Foucault y la locura*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México D.F: UNAM.
- López, M.; Torres, J. y Weber Suardiaz, C. (2017). *Debates en el campo de la salud mental. Práctica profesional y Políticas Públicas*. La Plata: EDULP.
- Miranda, M. (coord.) (2019). *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. La Plata: EDULP.
- Ruiz Somavilla, M. y Jiménez Lucena, I. (2003). “Tendencias, género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica”, *Frenia*, III(1): 1-29
- Osuna, V. (2016). “La justicia social: entre la igualdad de oportunidades y la igualdad de posiciones”. *RIHUMSO- Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales Universidad Nacional de La Matanza*, 1(9): 93-108.
- Ramos Lira, L. (2014). “¿Por qué hablar de género y salud mental?”. *Salud Mental*, 37(4): 275-281.
- Rodríguez Zepeda, J. (2004). “El igualitarismo radical de John Rawls”. *Isegoría*, 31: 95-114.
- Sánchez Vázquez, M.; Lahitte, H. y Ortiz Oria, V. (2015). “Bioética y Salud Mental: reflexiones sobre la afección y la responsabilidad en la relación profesional-paciente”. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(2): 96-107.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: UNQ.
- Torrado, S. (2012). *Historia de la familia en la Argentina Moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.