

UNA GENEALOGÍA DE LA MATRIZ DE PODER MODERNA
Lo humano, el derecho y la locura

Beatriz Pérez Pérez

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

UNA GENEALOGÍA DE LA MATRIZ
DE PODER MODERNA

Lo humano, el derecho y la locura

Beatriz Pérez Pérez

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

UNA GENEALOGÍA DE LA MATRIZ DE PODER MODERNA

Lo humano, el derecho y la locura

Beatriz Pérez Pérez

2023

Tesis doctoral dirigida por:

Margot Pujal i Llombart

Enrico Mora y

Joan Subirats Humet

Departamento de Psicología Social: Programa de Doctorado en
Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo

UAB

**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Agradecimientos

He fantaseado a menudo con este momento de la despedida, del soltar y entregar al viento este manuscrito, de poner una pausa momentánea en el camino y simplemente tumbarme sobre el césped, sobre la tierra, o quizás el océano, a contemplar el movimiento de las nubes, el tintineo de los astros, a escuchar el canto de los pájaros, a envolverme del frescor de los árboles, a entregarme a la brisa y su oleaje. Siempre que he imaginado, atisbado, e incluso fugitivamente ensayado dicho momento, han irrumpido, como figuras movedizas, una miríada de sentires que clamaban por tomar la palabra, por encontrar su forma precisa, por convertirse en una parte integral del texto: los agradecimientos. Esta genealogía, que llega —como tantos productos de arte o de conocimiento— con el sello de la autoría individual, hubiese sido imposible, impensable, irrealizable, sin las personas e instituciones que han nutrido y sustentado —afectiva, intelectual y materialmente— este cuerpo, este pensamiento y escritura.

Ha llegado pues el justo momento para dar forma a esa miríada de latidos y entregar mi más profundo agradecer y reconocimiento:

A Margot Pujal, Enrico Mora, Joan Subirats, por darme la oportunidad y acompañarme como guías a lo largo de este sinuoso y apasionante trayecto. Vuestra codirección ha sido un bálsamo de efectos liberadores. Sin el respeto, el cuidado y la confianza que me habéis entregado, sin la generosidad con la que me habéis compartido vuestro saberes y reflexiones, sin ese haber podido pensar juntas, y sin la gran libertad y autonomía con la que me habéis permitido trabajar, esta genealogía no hubiese nacido. Gracias Margot y Enrico, además, por el apoyo afectivo y cotidiano, por ese estar tan cerca, tan disponibles, por vuestra complicidad y apasionamiento, por el diálogo continuo que nos ha unido, y por los muchos ánimos con los que me habéis interpelado a continuar ante los incidentes, dificultades y abismos que han irrumpido en el camino. Gracias Joan, además, por apostar por mi proyecto —el de una desconocida en el punto del inicio—, por estar siempre tan disponible, por encontrar el tiempo para leerme y entregarme tus sugerencias, saberes y reflexiones, incluso con las intensidades que han implicado los varios cargos políticos que has asumido en este tiempo.

A las compañías y amistades con quienes me inicié en ActivaMent Catalunya Associació, Carla Gavalda, Laura Sicilia, Hernán Sampietro, Marta Diez, Marta Delgadillo, Lluís Imedio, Dani Ferrer, y también a aquellas personas que conocí en el contexto de ActivaMent y con las que intimé años después, Alex Mamberto, Viviana Carmona, Valentina Tobal, Cris Méndez, Laia Oliva, Ariadna Sáez... y tantas otras. Gracias por acogerme, ayudarme a reparar las heridas, compartir y entregarme tanto, hacerme crecer con vosotros, gracias por infundarme la fuerza de lo colectivo, por confiar tanto en mí para la representación política y la defensa de los derechos humanos. Sin lo que colectivamente hemos vivido, soñado, pensado, sentido, enfrentado, esta genealogía no hubiese encontrado sus condiciones de posibilidad, pues las preguntas más fundamentales que la motivan han surgido de la lucha colectiva —internacional— a la que accedí haciendo cuerpo con vosotros.

A las compañeres de los Grupos de Investigación Lis-Des-subjectant, Alícia, Pilar, Sore, Irina, Anna, Diego, Juan, Lénica, Valeska, Feña, Diana, Carolina... y de nuevo a Enrico y Margot que los coordinan, por acogerme con tanto cariño, por ese cuidarnos y pensar colectivamente las investigaciones de cada quién con tanto mimo. Este trabajo se ha nutrido de vuestras prácticas de investigación, de vuestro sentipensar, de las interpelaciones éticas que mueven vuestro investigar, de todo lo compartido. Gracias

especialmente a Grecia Guzmán, Angeline Giusto y Lorena Etcheberry, por esa ya larga amistad que hemos forjado, por los encuentros desde los que nos hemos apoyado y pensado en el cruce con los activismos —loco, antirracista, feminista, trans, descolonial— y la práctica investigativa, gracias por todo lo que me habéis enseñado y lo que juntas hemos aprendido.

A las compañeras del Grupo de Investigación Laicos Iapse, Carmen, Cristóbal, Niko, Jorge, Emiliane, Coni, Lu, Jaquie... y tantas otras, gracias por leer y comentar alguno de mis textos, por el cariño y reconocimiento que me entregasteis durante mi estancia con vosotres, especialmente a ti, Lupicinio Íñiguez, que tan generosamente me acogiste en el grupo en que diriges, me leíste y compartiste tus saberes.

A mi hermano, David, a mi madre, Margarita, a mi padre, Enrique, y a mi pareja, Guillaume, gracias por acompañarme en esta y otras aventuras de mi día a día, gracias por vuestro apoyo incondicional, por vuestro amor y respeto profundos, por el reconocimiento que me entregáis cotidianamente. David, gracias por haber leído aquel texto seminal de esta genealogía, por haberlo comentado, por haberme lanzado aquel concepto agambemiano —la idea de «campo»— que, con el tiempo, devino en una parte central del enfoque teórico que atraviesa esta genealogía. Gracias también por esa complicidad vital que nos une desde los inicios en las alegrías y los avatares, por ese amor que nos vincula en una suerte de filosofar inagotable. Mamá, gracias por estar ahí y entregarme tu amor ilimitado todos y cada uno de los días de mi vida, por involucrarte siempre en mis hazañas y abismos, por prestarme consejo, apoyo, escucha y sustento. Tu generosa guía —lega en lo académico— también ha marcado el ritmo de esta aventura doctoral, a ella he recurrido ante la incertidumbre para afirmarme o reorientarme, para discernir contigo el camino. Papá, gracias por todo lo que me entregas cada día, por tu reconocimiento y amor ilimitado, por el profundo respeto que me procuras, por confiar en mí más allá de lo impensable. Esta genealogía responde, también, a aquella antigua promesa que te hizo la niña que fui —que te hizo tatí— en aquel camino de castaños milenarios, cuando todavía eras —desde mi perspectiva minúscula— un gigante amoroso y enigmático. Guillaume, gracias por quererme del modo en que lo haces, desde un profundo respeto, amor y reconocimiento, por el apoyo afectivo que me brindas día a día, por las alegrías que compartimos, por el abrazo que nos une. Gracias también por tus consejos académicos y vitales, esos que han sido indispensables para marcar rumbo ante los avatares e incertidumbres que ha conllevado la escritura de esta tesis, y por ser un refugio de ternura.

A Laura Sanmiquel, gracias por todas esas cenas y encuentros íntimos, por ese filosofar juntas, por leer algunos de mis textos, por animarme ante las sacudidas, por compartirme tus saberes y experiencias. Este trabajo se ha nutrido también de nuestras interminables conversaciones sobre la discapacidad, sobre el binarismo cartesiano que la atraviesa y sobre la producción de lo infrahumano.

A Tina Minkowitz, por toda la generosidad que me has entregado, por acompañarme y acompañarnos en los momentos clave de la lucha colectiva de ActivaMent por el reconocimiento de los derechos humanos, por leer y comentar alguno de mis textos, por entregarme alguno de los tuyos para que hiciera lo mismo y, sobre todo, gracias por compartirme tu saber histórico y encarnado como representante clave del movimiento de (ex)usuarias y supervivientes de la psiquiatría en la definición de nuestros derechos humanos.

A Francisco Tirado, por acompañarme cada año, precisamente del modo en que lo has hecho, en las evaluaciones del doctorado como parte de mi panel. Gracias por leerme y valorar mi trabajo, por animarme a continuar, entrar en diálogo intelectual, compartirme tus saberes y hacerlo todo tan agradable.

A Ana, Joan, Josep, Nati, Francesca, Alex, Laura... y todas las personas que participaron en la investigación-acción que precedió a este trabajo genealógico y que, desde un profundo anclaje en un presente situado, nutrió algunas de sus preguntas e inquietudes. Gracias por abrirnos las puertas, por compartir tan generosamente vuestros saberes, preocupaciones y experiencias, por tratarnos con tanto cariño.

A Asun Pié, Martín Correa, y Josep M. Comelles gracias por prestarme tan generosamente vuestro asesoramiento académico. Gracias Josep, también, por el aprendizaje que ha involucrado la contribución que hemos enviado a publicar y de la que somos coautores.

A Liliana Vargas y Svenska Arensburg, gracias por aceptar tan generosamente elaborar el informe externo sobre mi tesis, por encontrar el tiempo para leerme, por comentar mi trabajo con tanto cariño y nutrirme con vuestras reflexiones y pensamientos.

A Aarno Laitila, gracias por acogerme tan amablemente durante mi estancia de investigación en la Universidad de Jyväskylä, por preocuparte más allá de lo estipulado y presentarme a personas que devinieron amistades, por facilitar mi etnografía sobre el diálogo abierto en los servicios de salud mental de Laponia Occidental, la cual, si bien no ha tenido cabida en esta tesis, ha nutrido mi pensamiento. Gracias también a Tomi Bergström, por tratarme precisamente del modo en que lo hiciste durante la estancia etnográfica, por llevarme contigo como si fuese tu sombra, por todas las conversaciones profundamente honestas y reflexivas que compartimos tras cada sesión, encuentro, durante las comidas, por involucrarte con tanto cariño.

A Sandra Caponi, Amparo Bonilla y, de nuevo, a Asun, Francisco y Svenska, gracias por haber aceptado formar parte del tribunal para la defensa de esta tesis, sé que no es fácil encontrar —en la ajetreada y competitiva vida académica contemporánea— el momento para la lectura de una tesis y para los múltiples trámites que involucra la membresía de un tribunal. Espero y deseo de corazón, sin querer condicionaros por ello, que la lectura de esta genealogía —quizás, para los estándares actuales en demasía extensa— os resulte de interés y os sea amena.

Al Ministerio de Educación Cultura y Deporte y al Ministerio de Universidades del Gobierno de España, por financiar mi actividad como doctoranda y docente con la beca para la Formación de Profesorado Universitario (FPU16/05459) y haberme así procurado esa estabilidad económica sin la cual no hubiese podido entregarme —del modo en que lo he hecho— a esta práctica de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
De la <i>meta</i> —su <i>hodos</i> — y la grilla de análisis	1
De las series de acontecimientos	17
PRELUDIO	21
Este cuerpo, la interpelación, la genealogía	21
La Carta Magna de la Humanidad: coordenadas de un (des)encuentro	37
 CAPÍTULO I	
DE LA EMERGENCIA Y PRIMERAS DERIVAS	
DEL PODER PSIQUIÁTRICO	49
Foucault y la desposesión de la verdad de la locura	49
Entre la Caza de Brujas y el Gran Encierro. La producción de la «máquina humana»	54
De la irrupción de la «revolución democrática» en la matriz de dominación	61
Del Gran Encierro al Manicomio	70
Interludio. El núcleo del poder psiquiátrico desde el cruce Foucault-Agamben	78
Herramientas preliminares	78
De la paradójica articulación entre soberanía y biopoder constitutiva del poder psiquiátrico	80
Peligrosidad social y locura. La «monomanía homicida», una conquista histórica	85
De la monomanía a la «degeneración»: la inserción del poder psiquiátrico en el cuerpo-especie	89
 CAPÍTULO II	
LA «SOLUCIÓN FINAL» DE LA PSIQUIATRÍA DEL III REICH AL PROBLEMA	
DE LA «DEGENERACIÓN DE LA RAZA»	103
Arthur de Gobineau: desigualdad racial, supremacismo ario y degeneración civilizatoria	107
Emil Kraepelin y la síntesis antisemita	110
El derecho de Estado a matar: entre el poder psiquiátrico y el judicial	115
La piedra filosofal de la «higiene racial»	117
La lucha de Hitler: una guerra contra la degeneración múltiplemente codificada	122
El ascenso de Hitler y Rüdín: de la esterilización al exterminio	125

Poder mortífero, psiquiatría, biologicismo _____	139
A modo de reflexión _____	142

CAPÍTULO III

ESTADOS UNIDOS Y EL NACIMIENTO DE LA HIGIENE MENTAL _____ 145

Clifford Beers y Adolf Meyer: de la crítica manicomial a la constitución histórica de la «higiene mental» _____	148
Entre Beers y Karepelin: tortura vs. tratamiento _____	148
Don Quijote, la llamada divina y las ambivalencias de un psiquiatrizado _____	154
Adolf Meyer y la reforma de la psiquiatría estadounidense _____	161
Entre Beers y Meyer: el nacimiento de la <i>mental hygiene</i> _____	168
La promesa: una nación y una raza sana, eficiente y feliz _____	173
Línea de fuga _____	180
La higiene mental en acción: de la eugenesia a la ingeniería de la personalidad _____	188
La cruzada eugenésica y el «defecto mental» _____	190
<i>El test de inteligencia y la producción del sujeto defectuoso</i> _____	195
<i>Del encierro permanente a la libertad condicional</i> _____	199
<i>Línea de fuga</i> _____	210
El <i>Child Guidance Movement</i> y la modulación de la personalidad _____	212
<i>Línea de Fuga</i> _____	220
Una «ciencia unificada sobre el hombre» _____	224
<i>Del Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental al Instituto de la Conducta Humana</i> _____	229
<i>Del Instituto de la Conducta al de las Relaciones Humanas: la incorporación de las ciencias sociales</i> _____	231
<i>El experimento interdisciplinar: a la tercera va la vencida</i> _____	239
<i>La frustración-agresión: una hipótesis transversal y transdisciplinar</i> _____	247

CAPÍTULO IV

DE LA I GUERRA MUNDIAL Y LA COOPERACIÓN

INTERGUBERNAMENTAL EN SALUD PÚBLICA _____ 253

La defensa de Europa contra las enfermedades «exóticas» _____	257
La Conferencia de Paz de París y la ofensiva revolucionaria _____	266
El Tratado de Versalles: una continuación de guerra por otros medios _____	270
La pregunta por la salud y la enfermedad en el	
Pacto de la Sociedad de Naciones _____	273
La <i>American Red Cross</i> , y el Pacto (sanitario) de la Sociedad de Naciones _____	275
Un proyecto mundial de salud pública a las puertas de la Gran Guerra: la Conferencia Médica de Cannes _____	282
Guerra «humanitaria» contra la propagación del tifus y del comunismo _____	294

El Ministerio de Salud Británico y el proyecto de Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones _____	301
El «cordón sanitario» de los Aliados y la hambruna en Rusia: de la improvisación a la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones _____	312
Entre Davison y Rajchman, la <i>Rockefeller Foundation</i> _____	319
En conclusión _____	321
Matriz de guerra: el piojo y la lucha contra la propagación del comunismo _____	322
Interludio: la «humanización» del trabajo y la «paz universal» _____	324
Matriz de paz: la salud nacional y la «fuerza de trabajo» _____	325
El eslabón perdido: la racionalidad eugenésica _____	326

CAPÍTULO V

INTERLUDIO. EFICIENCIA NACIONAL Y SALUD PÚBLICA, HACIA LA FABRICACIÓN CIENTÍFICA DE UNA CIUDADANÍA «APTA» _____	331

CAPÍTULO VI

DE LA II GUERRA MUNDIAL Y LA CONSTITUCIÓN DEL «DERECHO HUMANO» A LA SALUD (MENTAL) _____	341
La incorporación de la salud en la Carta de las Naciones Unidas _____	343
La salud física, y el memorando presentado por la Delegación Brasileña en la Conferencia de San Francisco _____	347
La salud física, la mayor mercancía del mundo _____	351
Paz universal y plasticidad de la naturaleza humana _____	357
Personalidad, cultura y crianza: la alianza entre la psiquiatría y las ciencias sociales y humanas que posibilitó la higiene mental _____	360
Brock Chisholm y la ingeniería biopsicosocial del <i>world citizen</i> _____	363
De la constitución de la OMS y el nacimiento del derecho humano a la salud _	375
El <i>setting</i> : El Comité Técnico Preparatorio _____	375
La procedencia de la definición de ilimitada de salud _____	377
La supremacía del derecho humano a la salud: una cuestión de <i>fitness</i> (mental) ____	388
La victoria de Chisholm: hacia la producción del <i>world citizen</i> _____	393
El acta de nacimiento de la salud mental en el campo intergubernamental ____	396
El Congreso Internacional de Salud Mental, 1948 _____	397
La Comisión Internacional Preparatoria y el dispositivo de trabajo _____	400
La Declaración Universal Salud Mental y la Ciudadanía Mundial: un consenso interdisciplinar para la producción de la «humanidad común» _____	403
Hacia la conquista mundial de la psiquiatrización y la psicologización de las vidas _	412

CAPÍTULO VII

UN ESTADO DE EXCEPCIÓN A

LOS DERECHOS HUMANOS UNIVERSALES _____ 421

De la ciudadanía mundial y del «derecho humano a la salud (mental)» _____ 424

La emergencia de la discapacidad en Naciones Unidas: de la erradicación de la
«degeneración» a la rehabilitación de la fuerza de trabajo «deficiente» _____ 429

Desarrollo, progreso y eficiencia: hacia el

«pleno aprovechamiento de los recursos humanos» _____ 429

Las «*mentally retarded persons*» en la encrucijada: entre la optimización

de las aptitudes y la «anulación» del derecho a lo humano _____ 431

Apuntalando el abismo soberano entre la dimensión mental y física de la

«deficiencia/discapacidad» y dando proyección de futuro al proyecto _____ 437

Interludio. La imprevista irrupción del neoliberalismo y la «ingobernabilidad»
de las luchas democráticas _____ 443

Nuevas taxonomías de la desviación _____ 447

EL DSM-III y la resurrección de Emil Kraepelin _____ 447

La deficiencia, la discapacidad y la minusvalía «desde la experiencia de la salud» _ 453

De la emergencia de la lucha internacional de personas discapacitadas _____ 460

De los movimientos sociales que resignificaron la discapacidad: Vida Independiente,

Derechos Civiles y Modelo Social _____ 460

De la Organización Mundial de Personas Discapacitadas en lucha y el Programa de

Acción Mundial para los Impedidos _____ 465

Línea de Fuga: la «soberanía del consumidor» en el mercado

de la libre competencia _____ 474

De los primeros movimientos sociales de personas psiquiatrizadas y sus
diferencias y comunalidades de partida con el movimiento genérico de la
discapacidad _____ 478

Del *Insane Manifesto* a la autogestión: los comienzos en Norteamérica _____ 480

Del *Fish Pamphlet* a la progresiva disolución la *Mental Patients Union*:

los comienzos en Reino Unido _____ 489

Abolición vs. Acceso: comunalidades y diferencias de partida _____ 495

Naciones Unidas y la disputada «protección» de las personas detenidas
por «mala salud mental» _____ 498

La «libertad de conciencia» y el naciente interés por proteger a la disidencia política

detenida en instituciones psiquiátricas _____ 498

De «expacientes» y «expresas» a «consumidoras», «usuarias» y «supervivientes»: la

irrupción del consumismo _____ 506

El triunfo de lo peor: la «enfermedad mental» y su (des)alojo

del derecho a lo humano _____ 515

CAPÍTULO VIII

PSIQUIATRIZADAS EN LUCHA. LA CONQUISTA DEL DERECHO (A LO)

HUMANO Y LA EMERGENCIA DE LA «DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL»_ 523

«Un nombre común»: de los comienzos de la internacionalización del movimiento de (ex)usuarias y supervivientes de la psiquiatría _____	524
El desafío –y la oportunidad– de la identidad discapacitada _____	531
De los Tribunales Russell y Foucault a la refundación de la WNUSP _____	548
México y la llamada a la Convención para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad _____	559
Nada sobre nosotras sin nosotras: la alianza discapacitada en la definición de su derecho (a lo) humano _____	561
La WNUSP tejiendo los derechos humanos de usuarias y supervivientes en el régimen de la discapacidad _____	566
La tardía y tensa consolidación de la discapacidad psicosocial _____	584
De la abolición del poder soberano de la psiquiatría en el régimen de los derechos humanos _____	597

(IN)CONCLUSIÓN (*Español*) _____ 607

Del poder psiquiátrico y la producción de lo (infra)humano _____	610
De la irrupción de la CDPD _____	623
Sobre la cuestión de la justicia y la reparación _____	634

(IN)CONCLUSION (*English*) _____ 641

On psychiatric power and the production of the (sub)human _____	644
On the emergence of the CRPD _____	656
On the question of justice and reparation _____	666

REFERENCIAS _____ 673

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

Ilustración 1. <i>Anomalie dei solchi palmari nei normale e nei criminali.</i> «Anomalías del surco palmar en normales y criminales»	99
Ilustración 2. <i>Tatuaggi di prostitute delinquenti.</i> «Tatuajes de las prostitutas delincuentes»	99
Ilustración 3. <i>Tipi di Dinka.</i> «Tipos de Dinka»	100
Ilustración 4. <i>Craniografo e antropometro Anfosso.</i> «Craneógrafo y antropómetro Anfosso»	100
Ilustración 5. <i>Mattoidi e pazzi morali rivoluzionari.</i> «Mattoides y locos morales revolucionarios»	101
Ilustración 6. <i>Phrénologie. Détermination de l'angle facial de Camper.</i> «Frenología. Determinación del ángulo facial del Camper»	109
Ilustración 7. <i>Profile of Negro, European, and Oran Outan.</i> «Perfil del Negro, el Europeo y el Orangután»	109
Ilustración 8. <i>Der Bildhauer Deutschlands.</i> «El Escultor de Alemania»	124
Ilustración 9. Póster de propaganda nazi precursor del programa de Eutanasia forzosa	130
Ilustración 10. <i>Asylum Care vs. Hospital Treatment of exited patients.</i> «Cuidado Manicomial vs. Tratamiento Hospitalario de pacientes exitados»	153
Ilustración 11. <i>A Nation's Greatness Depends Upon the Efficiency of t's Citizens.</i> «La Grandeza de una Nación Depende de la Eficiencia de sus Ciudadanos»	177
Ilustración 12. <i>Cholera "Tramples the victors & the vanquished both".</i> «El Cólera "Azota a vencedores y vencidos"»	258
Ilustración 13. <i>Death's Dispensary. Open to the poor, gratis, by permission of the parish.</i> «Dispensario de la Muerte. Abierto a los pobres, gratis, con permiso de la parroquia»	263
Ilustración 14. <i>Make our American Red Cross in Pace as in War: "The greatest Mother in the World".</i> «Haz Nuestra American Red Cross lo Mismo en la Paz como en la Guerra: "La Madre más Grande del Mundo"»	281
Ilustración 15. <i>If I fail he dies. Work for the Red Cross.</i> «Si yo fallo, él muere. Trabaja para la Cruz Roja»	286
Ilustración 16. <i>Italiani. Aiutate la Croce Rossa nell'assistenza ai tubercolosi.</i> «Italiano/as. Ayudad a la Cruz Roja con la asistencia a los tuberculosos»	286
Ilustración 17. <i>Aidez-nous à soigner nos blessés.</i> «Ayúdenos a cuidar de nuestros heridos»	287
Ilustración 18. <i>Red Cross or Iron Cross?.</i> «¿Cruz Roja o Cruz de Hierro?»	288
Ilustración 19. Representación gráfica de la estructura de la OHSN y de su Oficina de Oriente datada de 1928.	318
Ilustración 20. Integración de conceptos de la CIDDM de la OMS (1980-2001)	458
Ilustración 21. Portada del último número de la revista <i>Madness Network News</i>	510
Tabla 1. Procedencia de la definición de salud ilimitada de la OMS	382
Tabla 2. Declaración de principios de la WNUSP, aprobada en su primera Asamblea General del 2001.	558

El sueño de la razón produce monstruos.

Francisco de Goya

INTRODUCCIÓN

La historia, con sus intensidades, sus desfallecimientos, sus furores secretos, sus grandes agitaciones febriles tanto como sus síncope, es el cuerpo mismo del devenir.

Michel Foucault.

De la meta —su hodos— y la grilla de análisis

La pregunta que atraviesa, o si se quiere condensa el gesto que las indagaciones genealógicas que componen esta tesis trazan sobre el cuerpo de la historia —de forma un tanto caleidoscópica, rizomática, múltiple, quizás indisciplinada aunque no por ello carente de rigor— puede formularse del siguiente modo: ¿Mediante qué mecanismos de dominación la «locura» ha sido exceptuada de «lo humano» y de los derechos humanos, y qué tipo de transformación irrumpe con esa reciente Convención de Naciones Unidas que llega bajo el régimen de la «discapacidad»?¹

Sí, esta podría ser la pregunta que cristaliza el gesto en toda su amplitud, que anima este producto de conocimiento desde su punto de inicio hasta su lazo final, pero sólo a condición de que conmigo se convenga que el investigar avanza, no mediante las respuestas parciales que va arrojando, sino mediante el acto reiterado de descifrar nuevas preguntas.

En particular, la tarea de la genealogía procede mediante una interrogación reiterativa que opera sobre el corpus ilimitado de la historia, estableciendo relaciones entre miríadas de acontecimientos ahora perdidos, detectando ensamblajes en los mecanismos de poder, desplazamientos en el régimen del saber, giros sistemáticos en las formas de gobierno, vínculos de continuidad en las racionalidades que pasan inadvertidos. Procede mediante tentativas guiadas por una práctica constante de la interrogación que tan sólo, en un determinado punto del camino debe ser puntualmente abandonada para que el texto pueda concluir y encontrar esas otras voces, esos otros ojos, esas otras manos que lo lean.

Por lo tanto, convéngase conmigo en aceptar que la pregunta que «condensa» esta genealogía —a todas luces imperfecta— esta preñada, queda desplazada por una miríada de preguntas otras, ésas que han dictado el rumbo de las incursiones en los monumentos dejados por la historia, ésas que han formado las series de acontecimientos y las

¹ Esto es, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (CDPD, 2006).

relaciones que he alcanzado a establecer entre ellos, desde la posición interesada, parcial y políticamente comprometida en la que me sitúo.

Quizás, quién lee haya notado que la pregunta que «atraviesa o condensa», pero también enmarca esta investigación parte, no de un horizonte abierto o indeterminado, sino de una rotunda constatación. Existen sistemas de dominación que en el devenir de la historia, han hecho que la «locura», nombre que designa aparentemente una «experiencia», algo misteriosa, algo temida, algo romantizada, vinculada en su núcleo histórico a la «sinrazón» pero también a la «adivinación», y muy estigmatizada como la «enfermedad mental» de la que nadie —precisamente en su «sano juicio»— querría ser portador, ha sido «exceptuada» de «lo humano», y, permítaseme añadir, *con ello* de los «derechos humanos». Esos derechos fundamentados en la condición humana, ya por sí mismos «de excepción», a los que se apela, como diría Hannah Arendt (1951/1999, p. 224), cuando no se tiene ningún otro derecho, «nada mejor a lo que recurrir»; es decir, a falta de los derechos constitutivos de la democracia moderna, los civiles y políticos.

Además, la pregunta se interesa por descifrar qué es lo que irrumpe —en esta trama *universalista* de la dominación que vincula la «naturaleza humana» con el sujeto del «derecho internacional»—, de la mano de esa Convención o ley de derechos humanos internacionalmente vinculante —extremadamente reciente y desconocida todavía para la mayoría de la «ciudadanía mundial»— que surge desde ese otro rostro devaluado que inaugura la «discapacidad»; rostro históricamente compuesto por un ensamblaje heterogéneo de «deficiencias» y «defectos» del ser humano naturalizado por la biomedicina.

La discapacidad apuntala un régimen de reconocimiento mucho más reciente, vinculado a la emergencia del Estado del Bienestar que, sin embargo, hunde sus raíces en el modelo cartesiano de persona que afianzó la transición al capitalismo, compuesto por un cuerpo-máquina y una mente, alma, razón o espíritu que lo gobierna y disciplina (Federici, 2010). Constituye históricamente una categoría administrativa de gobierno —reapropiada al igual que la «locura» como identidad política— que sobreponiéndose a la «locura» y desbordándola, viene amalgamando bajo un mismo nombre a un género heterogéneo de cuerpos marcados —además de por el género, la raza, el sexo, el origen de nacimiento o la clase social— por la «incompletitud» de su ser «persona»; sordas, ciegas, paralíticas, locas, tullidas, trastornadas, mudas, dementes, retrasadas, incapaces, seropositivas, enfermas crónicas, etc. Construidas todas ellas como efectivamente menos humanas, como «infrac humanas», copias defectuosas del «tipo normal de humanidad» en términos de capacidades corporales y mentales, destrezas, subjetividad,

formas de conducirse, percibir e interactuar con el mundo.² «Inválidas» para engranar sus cuerpos o sus almas en los mecanismos de la (re)producción del capital y del progreso, del desarrollo ilimitado; cuerpos cuya mera existencia todavía hoy es codificada en los más altos niveles de gobierno como una pesada «carga» económica y social, de valor negativo, que hay que «prevenir» o «rehabilitar».³

El hecho de que la pregunta que «atraviesa o condensa» este producto de investigación, nazca de una constatación relativa a un dispositivo de dominación que opera en nuestro presente, y se pregunte por sus condiciones históricas de posibilidad y formación, es precisamente lo que nos sitúa de lleno en el movedizo dominio de la práctica genealógica. Una práctica en primer término, de navegar por las cosas dejadas por la historia, de interrogar a los monumentos del pasado, grandes y pequeños, consagrados y olvidados, una práctica de hacer hablar a los muertos que «mira desde un cierto ángulo, con el propósito deliberado de apreciar, de decir sí o no, de seguir todas las huellas del veneno, de encontrar el mejor antídoto» contra un determinado arte de la dominación (Foucault, 2004, p. 54). La genealogía es un «método» pero sólo si por ello entendemos el vínculo inmanente que etimológicamente el *methodus* establece entre la *meta* (μετα), esto es el «más allá» que sitúa el *locus* de lo que se quiere conocer, y el *hodos* (ὁδός) o «camino» –nunca recto y con derivas– en el que se avanza a tientas, las señales y precauciones si se quiere que se siguen con esmero para a-prender-se a la *meta*, pero jamás una técnica, jamás un procedimiento o doctrina estandarizada.

La genealogía define más bien el *ethos*, la actitud de quien camina entre las ruinas, de quien inspecciona los monumentos, de quien reconstruye los espacios de

² Los estudios críticos de la discapacidad, desde distintas posiciones y acentos, se han ocupado ampliamente de analizar cómo el capacitismo en tanto práctica de gobierno que arraiga en la matriz de la modernidad colonial, patriarcal y capitalista, opera sobre una matriz ontológica y normativa de producción de lo humano –y con ello de lo infrahumano o menos humano– que, asentándose en el espejismo de la autosuficiencia, niega literalmente nuestra vulnerabilidad e interdependencia ontológica. Para una revisión en español de los estudios críticos de la discapacidad centrada en «lo humano» véase el trabajo de Laura Sanmiquel-Molinero (2020). Para un desarrollo en el diálogo entre la negación de la vulnerabilidad ontológica y la producción de la discapacidad véase el trabajo de Asun Píe Balaguer (2020). Para algunos desarrollos anglosajones sobre el capacitismo, el gobierno y la producción de lo humano véanse sobre todo los trabajos de Fiona Kumari Campbell (2001, 2008) y Shelly Tremain (2001, 2004).

³ Ello se refleja con mucha claridad en la estimaciones de la OMS sobre la «carga mundial de la enfermedad» (*global burden of disease*) cuyo índice de referencia desde la década de los 90 es «los Años de Vida Ajustados por Discapacidad» (AVAD). Éste combina de forma aditiva «el tiempo perdido por muerte prematura» (años de vida perdidos por mortalidad) y «el tiempo vivido en estados de salud inferiores al óptimo», esto es, años de *vida sana* perdidos por discapacidad. Dicho índice, que media la prácticas de gobierno en salud pública a nivel global, se fundamenta, por tanto, en la construcción de la «discapacidad» como un *valor negativo de vida* que hay que sumar, literalmente, al valor negativo de la muerte (prematura). Así, un AVAD es «un año perdido de vida “saludable”» y la «carga de enfermedad» la brecha entre el estatus de salud de una población y el ideal –óptimo e inalcanzable– de plena salud (WHO, 2020, p. 26).

enfrentamiento y las líneas de fuerza, de quien parte a la búsqueda de los «innumerables comienzos» para intentar restituir la particularidad, la dispersión y la proliferación de los acontecimientos que han dado lugar a lo que somos, rechazando todo aquello que se parezca «a la evolución de una especie, al destino de un pueblo [...] es descubrir que en la raíz de lo que conocemos y de lo que somos no hay ni el ser ni la verdad, sino la exterioridad del accidente» (Foucault, 2004, pp. 27-28).

Es por tanto conducirse —con más o menos acierto— mediante una práctica antiesencialista, perspectivista y políticamente comprometida del historizar que se enfoca desde su parcialidad a arrojar luz sobre nuestro presente, recurriendo a la relación recursiva entre saber y poder para explicar la constitución de ese determinado dispositivo, sistema, arte de la dominación, con el objetivo último, con el ánimo íntimo de «relanzar tan lejos y tan ampliamente como sea posible el trabajo indefinido de la libertad» —y añadamos— de la igualdad en la diferencia (Foucault, 1999a, p. 348).

Una práctica que se orienta a la realización de una «ontología crítica del nosotros mismos» y dónde la crítica de lo que somos, como sujetos entretejidos con los dispositivos de dominación que nos sujetan, que sujetamos y que podemos subvertir «es a la vez un análisis histórico de los límites que se nos han establecido y un examen de su franqueamiento posible» (Foucault, 1999a, p. 351). Práctica que se guía por principios y para la cual Foucault, al final de su vida y bajo el seudónimo de Maurice Florence, establecía tres grandes precauciones metódicas: a) «evitar hasta donde se pueda, para interrogarlos en su constitución histórica, los universales antropológicos» incluyendo entre ellos también «los de un humanismo que haga valer los derechos, los privilegios y la naturaleza de un ser humano como verdad inmediata e intemporal del sujeto»; b) «invertir el movimiento filosófico de ascenso hacia el sujeto constituyente» y descender por contra «hacia el estudio de las prácticas concretas por las que el sujeto es construido en la inmanencia de un dominio de conocimiento»; c) dirigir el campo de análisis hacia las prácticas «entendidas como modo de actuar y a la vez de pensar» en un dominio de sujeto-objeto, pues éste «conjunto de formas de hacer más o menos reglamentadas, más o menos pensadas, más o menos finalizadas» son las «que dan la clave de inteligibilidad para la constitución correlativa del sujeto y del objeto». ⁴ En definitiva, el antiesencialismo requiere:

⁴ Estas palabras fueron escritas por Foucault —poco antes de su muerte— y Francois Ewald, su asistente en el *Collège de France* bajo el seudónimo conjunto de Maurice Florence que figura en los archivos del Centre Michel Foucault. He basado mi traducción en una lectura del original y en la realizada por Miguel Morey (2014a, pp. 325-326). La versión original francesa del artículo, es decir la reseña que

llegar a un análisis que pueda dar cuenta de la constitución del sujeto en el interior de la trama histórica. A eso yo lo llamaría genealogía [...] una forma de historia que da cuenta de la constitución de los saberes, de los discursos, de los dominios de objeto, etc., sin tener que referirse a un sujeto [...] que corre en su identidad vacía, a través de la historia (Foucault, 1999c, p. 47).

Por ello cabe apuntalar algunas cuestiones más relativas a la pregunta que «encapsula» esta genealogía. En ella, de forma más o menos evidente, quedan entretejidos los dominios, ontológico, político y ético, en relación de productividad en torno a tres «identidades», la «locura» como protagonista contra la cual emerge el dispositivo de dominación que se somete al análisis, la «discapacidad» como irrupción y desplazamiento del mismo, y la identidad o mismidad de «lo humano» a las cuales ambas quedan sujetadas. El *dominio ontológico* de las indagaciones constituye la producción histórica de lo humano —y de lo inhumano—, en tanto producción de un «nosotros mismos» que imbrica con el *dominio político* del derecho, esto es, la producción soberana de la ley que fundamenta la constitución de una determinada comunidad política. En esta investigación, la «comunidad política» que se sitúa en el centro de gravedad hacia el cual tiende el análisis, es la que se repliega sobre un «universal», el de la humanidad común que instituye la gubernamentalidad internacional de los «derechos humanos», incluido el «derecho humano a la salud», ésos que apuntalan los fundamentos del *dominio ético* del buen gobierno en la matriz contemporánea del Estado Nación y de la democracia.

La *práctica de la dominación* sobre la «locura» o «sinrazón» y, anticipemos, uno de sus primeros inventos, la «anormalidad», que es genealógicamente parte productora de la discapacidad por intermediación de la «degeneración» de la especie-raza-nación; es precisamente la que establece el ángulo parcial en el que me poso para seleccionar e interrogar a las series de acontecimientos, para efectuar sobre lo dejado por el pasado una especie de autopsia interesada que parte a la búsqueda de un veneno. La práctica de la dominación sobre la locura y sus derivas y desplazamientos ha pasado, y pasa todavía hoy, por la medicalización de la *mente* —de la razón, del alma, del espíritu, de la subjetividad— como «enfermedad», «trastorno» o incluso «deficiencia». Por ello esta genealogía ha pivotado en gran parte entorno al análisis del sustrato de relaciones de poder y de saber a partir del cual emergió y se fue institucionalizando el dispositivo de poder-saber psiquiátrico, abordando las contingencias y enfrentamientos que dieron lugar a sus diversas mutaciones y efectos de poder —incluido el giro hacia la «salud

Foucault se hizo a sí mismo tratando de hacer inteligible el trabajo de una vida en unas pocas páginas, se sitúa en: Florence, Maurice. (1984). Foucault Michel, 1926. En Dennis Huisman (Ed.), *Dictionnaire des philosophes* (pp. 941-944). Presses Universitaires de France, pp. 943-944.

mental»—, e interesándose especialmente por iluminar el modo en que éste dispositivo está ensamblado a la producción de lo humano y de la soberanía de la ley en la matriz de la democracia moderna y en el régimen de los derechos humanos.

Cabe mencionar que el *locus* por excelencia de emergencia de la democracia moderna como una nueva forma de institución de lo político, la Revolución Francesa (Laclau y Mouffe, 1987; Lefort, 1986b), a su vez antecedente crucial de los derechos humanos—que son derechos democráticos procedentes de la tradición iusnaturalista— (Lauren, 2013; Morsink, 1999a, 2009), coincide con la emergencia histórica del dispositivo psiquiátrico, esto es, del alienismo francés (Robert Castel, 1980; Foucault, 2007a, 2015a). Por lo que la reflexión en torno a la constitución histórica de la democracia moderna, y a las posibilidades de su radicalización, atraviesa necesariamente esta genealogía.

Por si no ha quedado claro, es preciso reiterar que todas las «identidades» que contempla la pregunta son comprendidas, no como «universales antropológicos» que recorren la historia, sino como productos inestables, sobresaturados de sentidos y múltiplemente territorializados del devenir histórico de la gubernamentalidad. En sí mismas, en su «pureza» o «esencia», la «locura» y la «discapacidad» o «lo humano» no existen, constituyen más bien marcas mediante las cuales las prácticas de gobierno han distribuido diferencialmente y administrado a los cuerpos de los gobernados, marcas, que inscriben efectos encarnados de poder-saber que emanan de los sistemas de dominación heredados y constituyentes del mundo que habitamos; en los cuales, contra los cuales, se forman y despliegan nuestros cuerpos y subjetividades, se animan, privilegian y violentan nuestras vidas. Además, estas tres identidades, como ya se habrá podido adivinar, no guardan una relación simétrica, aunque sí son coproducidas desde una misma matriz occidentalocéntrica de legitimación y práctica de la dominación que ha operado —y opera en primer término— sobre la producción *ontológica* del nosotros mismos, los seres humanos.

Emmanuel Lévinas, ya identificó cómo la ontología griega y su renacimiento en tanto «fundamento» del pensar filosófico occidental, se rige por un «principio de apropiación» y dominio, esto es, un proceso de cosificación fundamentado en un acto de apropiación de un objeto por un sujeto en el que el primero actúa como dominante y apropiador y el segundo como dominado y apropiado (Lévinas, 1993, 2002; Reguera, 2008). Esta matriz ontológica de la dominación en su aplicación sobre lo humano ha reservado en un mismo gesto —reaprendido del gobierno patriarcal y esclavista de la *polis* de la Grecia Antigua— la dotación de la razón, el gobierno, la libertad y la igualdad a una figura de lo «humano» muy específica, cuyos contornos son producidos por las exclusiones que la delimitan.

En la transición a la matriz civilizatoria de la modernidad colonial, patriarcal, capitalista —y democrática— que inauguró la Ilustración, esta «figura» en torno a la que se cerró el perímetro de lo *plenamente* «humano», todavía hoy situada en la cúspide del privilegio, fue *El Hombre*, blanco, adulto, propietario, cuerdo, heterosexual, cuerpo normativo, guerrero capacitado para el gobierno en tanto único ser dotado plenamente de razón, y por tanto, único detentador de plenos derechos civiles y políticos. Lo anterior ha sido notado desde múltiples vertientes, incluidos los estudios decoloniales (Santiago Castro et al., 2007; Mendoza, 2006) que han situado en el centro de la matriz civilizatoria moderna la jerarquía instituyente que establece la distinción entre lo humano y lo no humano, jerarquía que pivotó sobre la dotación de la razón, y que produjo lo infrahumano, jerarquía que posibilitó toda una estructura de relaciones de dominación en la cual los cuerpos conquistados y esclavizados pudieron ser constituidos, como ha afirmado María Lugones (2016), no como hombres y mujeres, sino como bestias, es decir, a lo sumo machos y hembras.

Concibo la jerarquía dicotómica entre lo humano y lo no humano como la dicotomía central de la modernidad colonial. Comenzando con la colonización de las Américas y del Caribe, se impuso una distinción dicotómica, jerárquica entre humano y no humano sobre los colonizados al servicio del hombre occidental. Estaba acompañada por otras distinciones jerárquicas, entre ellas entre hombres y mujeres. Esta distinción se convirtió en la marca de lo humano y de la civilización. Sólo los civilizados eran hombres y mujeres. Los pueblos indígenas de las Américas y los africanos esclavizados se clasificaban como no humanos en su especie—como animales, incontrolablemente sexuales y salvajes. El hombre moderno europeo, burgués, colonial, se convirtió en sujeto/agente, apto para gobernar, para la vida pública, un ser de civilización, heterosexual, cristiano, un ser de mente y razón. La mujer europea burguesa no era entendida como su complemento, sino como alguien que reproducía la raza y el capital mediante su pureza sexual, su pasividad, y su atadura al hogar en servicio al hombre blanco europeo burgués (Lugones, 2016, p. 106).

No debe extrañarnos, ya que para Aristóteles, la razón como atributo ontológico diferencial del ser humano, su especificidad como animal político cuya *alma* está dotada de un componente racional, servía para legitimar las relaciones de dominación y apropiación que le eran coetáneas en el gobierno patriarcal y esclavista de la *polis*.⁵

La naturaleza ha creado en ella dos partes distintas: la una destinada a mandar, la otra a obedecer, siendo sus cualidades bien diversas, pues que la una está dotada de razón y privada de ella la otra. Esta relación se extiende evidentemente a los otros seres, y respecto de los más de ellos la naturaleza ha establecido el mando y la obediencia. Así, el

⁵ Ciudad-estado, soberana, independiente, autosuficiente y compuesta principalmente por hombres libres con estatuto de ciudadanos, población esclavizada, y una dominación ubicua del hombre sobre la mujer.

hombre libre manda al esclavo de muy distinta manera que el marido manda a la mujer y que el padre al hijo (Aristóteles, Política, Libro I. Capítulo V, 1260a 6-8).⁶

En esta tesis, lo humano en tanto «identidad» es concebido, no como algo naturalmente dado, sino como un resultado –siempre inestable– de las prácticas de gobierno. Prácticas dónde la producción diferencial de «un nosotros mismos» se fundamenta en una serie de atributos distintivos que positivizan la interioridad, la unidad y la identidad de «lo humano», a partir del entramado de exclusiones respecto al que *difieren*, entramado en el que se sitúan los *ellos*, las otras *cosas* dominadas que desde el afuera delimitan, significan y capturan lo humano como «lo Mismo» (Lévinas, 1993). En términos derridianos la producción de «lo humano» en tanto identidad solo se puede positivizar sobre la base de su «exterior constitutivo».⁷ Así, y como muy acertadamente ha señalado Judith Butler, la producción de «lo humano» implica, en nuestra era civilizatoria, la irremediable producción de lo no-humano, de lo inhumano, y también de todo un entramado de posiciones diferenciales que delimitan el umbral entre lo que está dentro y lo que está fuera de lo humano, lo infrahumano, lo menos humano, lo subhumano, las condiciones liminales y devaluadas de humanidad:

lo humano se produce no sólo por encima y contra lo inhumano, sino también a través de una serie de forclusiones, de supresiones radicales a las que se les niega, estrictamente hablando, la posibilidad de articulación cultural. De ahí que sea insuficiente sostener que los sujetos humanos son construcciones, pues la construcción de lo humano es una operación diferencial que produce lo más o menos “humano”, lo inhumano, lo humanamente inconcebible. Estos sitios excluidos, al transformarse en su exterior constitutivo, llegan a limitar lo “humano” y a constituir una amenaza para tales fronteras, pues indican la persistente posibilidad de derrumbarlas y rearticularlas (Butler, 2002, p. 22).

⁶ Traducción de Patricio de Azárate (1800-1886) (Aristóteles, 2016).

⁷ El concepto de exterior constitutivo fue originalmente propuesto por Henry Staten, en su libro *Wittgenstein and Derrida* (1985) para referirse a los desarrollos de Jacques Derrida en torno a nociones tales como «suplemento», «huella» y «diferencia» y evidenciar que la *condición de posibilidad* para la creación de una identidad, es el establecimiento de la diferencia (Mouffe, 2014). Staten esquematizó este concepto de siguiente manera: «X está constituida por no-X. X significa aquí esencia o identidad tal como la concibe la filosofía, y no-X es aquello que funciona como el “exterior”, o el límite, para la afirmación positiva de esta identidad, impidiendo que la idealidad se cierre por completo, y al *limitarla* persiste como la condición *positiva* de posibilidad de la afirmación positiva de la esencia. [...] En esta línea] Derrida, sostiene que el movimiento característico de la metafísica es establecer una oposición binaria y luego subordinar jerárquicamente un término de la oposición al otro» (Staten, 1985, p. 17). Por su parte Mouffe, quién aplica la noción de exterior constitutivo a la creación de las identidades políticas, en sus trabajos sobre el modelo agonista de la democracia concibe la diferenciación nosotros/ellos como la base *potencial* para el establecimiento de una jerarquía que deriva en locus de antagonismo bajo la forma amigo/enemigo: «Esto ocurre cuando los otros, que hasta el momento eran considerados simplemente como diferentes, comienzan a ser percibidos como cuestionando nuestra identidad y como una amenaza a nuestra existencia» (Mouffe, 2014, p. 24).

Así pues, la «locura» y la «discapacidad» son tan sólo dos de las marcas, dos de los constituyentes que delimitan y producen lo humano, marcas derivadas de las «prácticas divisorias» gubernamentales⁸ que forman parte de un «sistema de diferencias»⁹ más amplio en el que imbrican con muchas otras marcas —como la raza, el sexo, la clase social, la orientación sexual, la edad, la identidad de género, el origen nacional— para producir la plenitud, la verdad resplandeciente y privilegiada de lo humano. La «locura» y la «discapacidad» me sirven además, o por ello mismo, como significantes que delimitan dos formas de opresión, una más particular, la otra más heterogénea —el cuerdisimo y el capacitismo que incluye y dota de otro acento al anterior—, que arraigan en la producción de lo humano y en las prácticas de gobierno, y se expresan como efectos de poder, violencia y coerción, verdad y subjetivación, en cuerpos que encarnan combinaciones diversas de marcas de opresión-privilegio, todas ellas arraigadas a una misma «matriz de dominación» colonial, patriarcal y capitalista: de la cual el *locus* de lo democrático es parte constitutiva y constituyente, pero también motor de transformación y emancipación. Se hacen precisas algunas explicaciones al respecto de esta última afirmación.

El «discurso democrático» moderno pivotó, además de en la «dotación de la razón» de la que los cuerpos subyugados fueron en mayor o menor grado desposeídos, sobre dos puntos nodales emancipatorios todavía hoy hegemónicos, la *igualdad* y la *libertad*, que quedaron fijados como universales inherentes a la naturaleza humana en unos «derechos naturales». Derechos fundamentados en la «naturaleza humana natural» que inventaron los Dominicos Salmantinos entre finales del siglo XV y mediados del XVI en respuesta a la colonización, conquista y evangelización de *Abya Yala* o el Nuevo Mundo¹⁰ y que en nuestra contemporaneidad, con sus múltiples giros y desplazamientos, incluido el giro de la segunda modernidad del norte hacia el «individualismo posesivo» —que implicó la naturalización del derecho a la propiedad privada y la constitución del

⁸ Prácticas mediante las cuales se produce y objetiva el sujeto, divisorias porque «el sujeto se encuentra dividido en su interior o dividido de los otros. Este proceso lo objetiva. Algunos ejemplos son el loco y el cuerdo, el enfermo y el sano, los criminales y los “buenos muchachos”» (Foucault, 1988, p. 3). Shelly Tremain (2001, 2004) ha aplicado el concepto al gobierno de la discapacidad, y Carol Bacchi, es conocida por su aplicación del mismo al estudio de las prácticas gubernamentales a través del análisis de la constitución de los «problemas» a los que éstas dirigen soluciones (Bacchi, 2009; Bartlett y Chao, 2019).

⁹ Concepto tomado de Ernesto Laclau y Chantal Mouffe (1987).

¹⁰ Esta cuestión es tratada con más profundidad en el Preludio, véase entre otros: Enrique Dussel (2003), Breny Mendoza (2006), Jean Dumont (2009), Fernando Álvarez-Uría (2014) y Carlos Bretón Mora Hernández (2014).

individuo moderno—,¹¹ han quedado inscriptos en los «derechos humanos» —en continúa reformulación— consagrados tras las II Guerra Mundial por las Naciones Unidas, de entre los cuales, la más radical innovación fue el «derecho humano», no a la asistencia médica en caso de enfermedad o a la protección contra la enfermedad, sino «a la salud» (Tobin, 2012).

Es precisamente en virtud de este universalismo de la igualdad y la libertad fundamentado en la naturaleza humana que lo democrático funciona, como ya demostraron Ernesto Laclau y Chantal Mouffe (1987) partiendo de un análisis de la Revolución Francesa en tanto «revolución democrática» por excelencia, como un «exterior discursivo» a partir del cual la lógica de la subordinación, es decir las diferencias de poder naturalizadas, y añadamos históricamente legitimadas en base a la desposesión de la razón, pudieron ser contestadas, desnaturalizadas e interrumpidas como formas ilegítimas de opresión y dominación.¹²

Esta ruptura con el *Ancien Régime*, simbolizada por la Declaración de los Derechos del Hombre, proporcionará las condiciones discursivas que permiten plantear a las diferentes formas de desigualdad como ilegítimas y antinaturales, y de hacerlas, por tanto, equivalerse en tanto formas de opresión. Esto es lo que va a constituir la fuerza subversiva profunda del discurso democrático, que permitirá desplazar la igualdad y la libertad hacia dominios cada vez más amplios, y que servirá, por tanto, de fermento a las diversas formas de lucha contra la subordinación (Laclau y Mouffe, 1987, p. 174).

El concepto de «matriz de dominación» que he empleado de soslayo, y que fue planteado a inicios de los años 90 por Patricia Hill Collins (1990/2002), una de las

¹¹ Sobre la teoría política del individualismo posesivo de la cual fueron buenos representantes Thomas Hobbes y John Locke véase, sobre todo, el clásico de Macpherson (1962/2005) y los trabajos de Álvarez-Uriá (2014) en vinculación con la transición a la segunda modernidad, de Reguera (2008) en vinculación con el sujeto antropológico de los derechos humanos, de Federici (2010) en relación al «modelo cartesiano de persona» que posibilitó la transición al capitalismo, y de Laclau y Mouffe (1987) en relación a las luchas democráticas.

¹² Laclau y Mouffe diferenciaron entre tres conceptos usualmente tomados por sinónimos, «subordinación», «opresión» y «dominación», para comprender la proliferación contemporánea de múltiples luchas políticas, partiendo de la pregunta ¿Cómo una relación de subordinación puede ser construida como relación de opresión? Así, concibieron la relación de subordinación como aquella que vincula dos posiciones asimétricas de poder en las que «un sujeto está sometido a las decisiones de otro», a condición de que dicha asimetría no esté siendo contestada y, por tanto, sea considerada legítima en esa formación social particular. La *subordinación* remite por tanto, a posiciones de sujeto asimétricas, positivizadas y naturalizadas como diferencias, por ejemplo, en nuestra formación social, las relaciones de profesor-alumno o madre-hija. Reservaron el concepto de *opresión* para definir «aquellas relaciones de subordinación que se han transformado en sedes de antagonismos», es decir, las que en una formación social particular están siendo contestadas como ilegítimas y no-naturales por parte de quienes están en la posición subordinada, por ejemplo la relación de subordinación súbdito-soberano, que situó el locus de antagonismo pueblo/Antiguo Régimen en la Revolución Francesa, o la de mujer/hombre que está en la base de la emergencia del feminismo. Finalmente, el concepto de *dominación* quedó reservado para definir las relaciones de subordinación que son «consideradas como ilegítimas desde la perspectiva o el juicio de un agente social exterior a las mismas» pudiendo coincidir o no, con las sedes de antagonismos, y por lo tanto las relaciones de opresión, efectivamente existentes en esa formación social particular (Laclau y Mouffe, 1987, p. 172).

líderes académicas del feminismo negro estadounidense, me parece, siguiendo con ello a Yuderkys Espinosa Miñoso (2013, 2016) feminista decolonial afrocaribeña, más apropiado que el de «interseccionalidad», propuesto por Kimberlé Williams Crenshaw (1989, 1991) también desde los feminismos negros para pensar al igual que la «matriz de dominación» la imbricación de las opresiones de raza, género, clase social y sexualidad en las mujeres estadounidenses afrodescendientes.

La «interseccionalidad», a pesar de su inestimable utilidad para visibilizar las posiciones encarnadas que borran las prácticas divisorias o categorías purificadas, homogéneas, dicotómicas y jerarquizadas que produce la matriz ontológica de dominación —hombre/mujer, blanco/negro, cuerdo/loco, burgués/proletario, capacitado/discapacitado etc.— y atacar las consecuencias de la imbricación de los sistemas de dominación en los cuerpos que resisten múltiples posiciones de subalternidad, continúa funcionando desde una lógica categorial (Lugones, 2008). Lógica inserta en la matriz ontológica de apropiación y dominio que ha dado lugar a una perspectiva institucionalizada de comprensión de los sistemas de dominación como entidades discretas y estancas, fragmentadas, sumativas y por ende autónomas (Espinosa Miñoso, 2022).

La «matriz de dominación», tal y como yo la entiendo en este trabajo se orienta, busca captar, aunque sea muy parcialmente, no en el cuerpo de un sujeto, sino en el cuerpo de la historia que es el que compete a la genealogía —y del que es parte formativa y efecto nuestra contemporaneidad y el sujeto mismo—, la dinámica de co-constitución, imbricación y co-producción de los sistemas de dominación en una misma matriz civilizatoria, la de la modernidad colonial, patriarcal y capitalista de la que no hemos salido, y en la cual quedó inserta la democracia.

Por ello, y aunque el punto de ataque es parcial, esta genealogía también ha estado marcada por una inquietud reiterada, ya presente como un sentir en su punto de inicio, que fue tomando cuerpo en el curso del investigar, ante los acontecimientos y efectos de saber-poder, y que tan sólo ahora, retrospectivamente, puedo descifrar como una pregunta que no me ha abandonado: ¿cómo imbrica, que equivalencias y penetrancias discursivas, técnicas, de poder se pueden establecer entre el despliegue de la dominación sobre la «locura» —y la «discapacidad»—, y la dominación sexual, racial, de clase, heterosexista y adulto-céntrica que en última instancia son constitutivas de una misma matriz de dominación, patriarcal colonial y capitalista? Los vínculos que he podido trazar son parciales, han estado delimitados, entre otros, por el ángulo desde el que miro y la posición que ocupo. No obstante, con mayor o menor éxito en los resultados, mi proceder sobre la contingencia y los azares de una historia embestida de relaciones de

poder y de saber ha estado marcado por el deseo, la interpelación, el acto orientado a dejar entrever las conexiones parciales en los dispositivos de exclusión y dominio que se han ido haciendo patentes desde la especificidad de la «locura» —y sus derivas y desplazamientos— en tanto posición privilegiada del exterior constitutivo de lo humano en la que me he posado.

En la medida en que el ángulo de análisis que parte de la práctica de la dominación sobre la locura imbrica en una misma matriz ontológica, política y técnica de la dominación, como una de las muchas marcas que el devenir de las prácticas de gobierno ha inscrito en los cuerpos efectivamente reconocidos como menos humanos, como infrahumanos, permite alumbrar una perspectiva parcial y situada, de los vínculos, junturas, ensamblajes y equivalencias, en las prácticas de gobierno que establecen esas otras otredades sobrepuestas que han venido entrelazando la esfera estructural de lo humano como lo mismo. Esta filial de exclusiones deja intuir, como ya he mencionado, los estratos de una misma matriz fundante colonial, patriarcal y capitalista, y señala la urgente necesidad de afianzar y expandir las luchas contemporáneas en políticas de coalición contra las múltiples formas de opresión y privilegio, de las que la «locura» como marca —o el cuerdisimo como efecto del dispositivo— es parte. Valga decir, parte demasiado a menudo invisibilizada en las aproximaciones «interseccionales» contemporáneas.

Cabe anticipar algunos de los contenidos y la estructura de esta tesis. Para ello, es preciso remitir antes a la lógica de proceso que ha guiado esta práctica genealógica, particularmente en lo relativo a la selección de las series de acontecimientos. Como ya mostró Robert Castel (2001, p. 3), uno de los problemas insoslayables de la práctica genealógica remite a la fijación del «comienzo», del dispositivo, de la práctica, del régimen del saber, de la problematización hacia la cual se dirigen soluciones diversas, es decir, de lo que se somete al análisis; que es el punto tentativo de la partida. Esta dificultad radica a mi modo de ver en el hecho de que no hay *un* comienzo, sino como diría Foucault «innumerables comienzos» que pueden rastrearse, que se concatenan de forma discontinua ante la contingencia de los acontecimientos, que conforman ascendencias y descendencias heterogéneas.

De hecho, Foucault (2004, pp. 23-24) para establecer «el objeto propio de la genealogía» y su forma de «conjurar la quimera del origen» entendida como apelación a una esencia preexistente, transhistórica e inmutable capaz de dotar de sentido al devenir histórico, rescató de la obra de Nietzsche el uso que hace de los conceptos de «procedencia» (*Herkunft*) y «emergencia» (*Entstehung*): ambos relativos a los *comienzos*, si bien el uno se centra en las marcas y sus efectos en los cuerpos y el otro en

los espacios de enfrentamiento y surgimiento de algo nuevo, un giro, un desplazamiento en la trama de la dominación, en la recursividad entre el saber y el poder.

La *procedencia* remite a la pertenencia a un grupo social, a un género, a una raza... como un análisis de las filiales de ascendencia en las que se inscribe un cuerpo. La genealogía, en tanto análisis de la procedencia —decía Foucault— se sitúa en «la articulación del cuerpo y de la historia. Debe mostrar el cuerpo totalmente impregnado de historia, y la historia arruinando al cuerpo» (Foucault, 2004, p. 32). El cuerpo, se constituye así como la superficie privilegiada «de inscripción de los acontecimientos (mientras que el lenguaje los marca y las ideas los disuelven), lugar de disociación del Yo (al que trata de prestar la quimera de una unidad substancial)» (Foucault, 2004, p. 32). Seguir el complejo hilado de las procedencias es partir a la búsqueda de los «innumerables comienzos» y restituir la proliferación de los acontecimientos que han dado lugar a lo que somos, para poder reconocer «bajo el aspecto único de un carácter, o de un concepto, la proliferación de los acontecimientos a través de los cuales (gracias a los cuales, contra los cuales) se han formado» (Foucault, 2004, pp. 26-27).

Allí donde el alma pretende unificarse, allí donde el Yo se inventa una identidad o una coherencia, el genealogista parte a la búsqueda del comienzo, —de los innumerables comienzos que dejan esa sospecha de color, esa marca casi borrada que no podrían engañar a un ojo un poco histórico—; el análisis de la procedencia permite disociar el Yo y hacer pulular, en los lugares y posiciones de su síntesis vacía, mil acontecimientos ahora perdidos (Foucault, 2004, p. 26).

La *emergencia* designa, en contraparte, «el punto de surgimiento. Es el principio y la ley singular de una aparición» de las identidades, las esencias, los objetos de pensamiento, las prácticas, los dispositivos... algo que «se produce siempre en un cierto estado de las fuerzas» (Foucault, 2004, p. 34). El análisis genealógico de las emergencias debe contraponerse a «la potencia anticipadora del sentido» e investigarlas reestableciendo «los diversos sistemas de sometimiento [...] el juego azaroso de las dominaciones» en el que éstas se producen (Foucault, 2004, p. 34). Mientras la procedencia remite a la marca sospechosa que el devenir histórico inscribe en los cuerpos y a la confluencia de líneas descendentes de comienzos, la emergencia señala un *espacio de enfrentamiento*, la irrupción y entrada de las fuerzas en la escena que va a hacer surgir, desde los atavismos, las herencias y las dominaciones contingentes, una sustitución, un reemplazo, un desplazamiento, un giro sistemático... algo que se *produce* siempre en el intersticio, en el vacío en el que se libra la ofensiva, y del que nadie es «responsable [...] ni nadie puede vanagloriarse» (Foucault, 2004, p. 39). La emergencia de un objeto de pensamiento, de un dispositivo, de un concepto o una práctica, su reemplazo o desplazamiento, debe referirse por tanto a una escena de enfrentamiento

en la que convergen relaciones de fuerza, cuerpos marcados por miríadas de acontecimientos perdidos, contingencias, intereses, accidentes azarosos, relaciones de dominación y resistencia.

Los conceptos, la grilla de análisis que ha permitido interpretar la series de acontecimientos que se han hecho relevantes en el transcurso del investigar, no estaban dados a priori, sino que han surgido precisamente del esfuerzo por hacerlos inteligibles, partiendo en gran medida de los análisis de Foucault en sus investigaciones sobre la locura, el poder psiquiátrico y la anormalidad,¹³ pero también de algunos de los conceptos analíticos en los que desembocó su práctica genealógica en el cruce sobre distintos dominios, la locura, la clínica, las ciencias humanas, la prisión, la sexualidad, las prácticas de gobierno, etc. Particularmente importantes y transversales han sido los conceptos de «poder soberano» y «biopoderes» en la medida en que mi análisis se desenvuelve en el punto de la articulación entre el derecho y la producción de lo humano. No obstante, mi aplicación de tales conceptos, en los que me detendré tan sólo para situarlos a continuación, se ha visto expandida y alimentada muy especialmente, por el trabajo que Giorgio Agamben desplegó, partiendo de un cruce entre las perspectivas de Foucault y Hannah Arendt, en *El poder soberano y la nuda vida* (1995), primer tomo de la saga Homo sacer. Se hacen precisas algunas explicaciones al respecto.

En *La voluntad de saber* (1976) –primer tomo de *Historia de la sexualidad*–, Foucault (2007b, p. 165) introdujo la contraposición entre el *poder soberano* característico del monarca y de su aparato de justicia eminentemente coercitivo, esto es el poder de «hacer morir o dejar vivir» y el *biopoder* de «hacer vivir o dejar morir» que afianzó la transición al capitalismo: «destinado a producir fuerzas, a hacerlas crecer y ordenarlas más que a obstaculizarlas, doblegarlas o destruirlas». Dicho biopoder se organizó en torno a dos polos imbricados: a) la *anatopolítica*, emergente en el siglo XVII, que tomó por objeto el cuerpo–máquina/individuo y aplicó sobre él tecnologías disciplinarias e individualizantes destinadas a producir cuerpos dóciles y; b) la *biopolítica*, emergente a mediados del siglo XVIII y ligada al desarrollo de la estadística, la cual tomó por objeto de intervención el cuerpo colectivo/población, también denominado por Foucault cuerpo-especie, y aplicó sobre sus fenómenos –nacimientos, nivel de salud, mortalidad, etc.– controles reguladores, destinados a la producción de un tipo de población. En la *Voluntad de saber* la relación entre poder soberano y biopoderes –central para nuestro

¹³ Particularmente me he apoyado, entre otros, en la *Historia de la locura en la época clásica (Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique, 1961)*, y los cursos del *Collège de France*, *El poder psiquiátrico (Le pouvoir psychiatrique, 1973-1974)*, *Los anormales (Les anormaux, 1974-1975)* y *Defender la sociedad (Il faut défendre la société, 1975-1976)*.

análisis— resultaba confusa, Foucault la planteó tanto en términos de «complementariedad» y «recubrimiento» como en términos de «reemplazo».¹⁴ No obstante, la hipótesis de complementariedad, que explica el poder de muerte sin precedentes desplegado en las guerras y holocaustos del siglo XX, fue la que tuvo continuidad —aunque muy escaso desarrollo— en sus investigaciones posteriores (Edgardo Castro, 2011).

A partir de entonces el derecho de muerte tendió a desplazarse o al menos a apoyarse en las exigencias de un poder que administra la vida, y a conformarse a lo que reclaman dichas exigencias. Esa muerte, que se fundaba en el derecho del soberano a defenderse o a exigir ser defendido, apareció como el simple envés del derecho que posee el cuerpo social de asegurar su vida, mantenerla y desarrollarla. Sin embargo, nunca las guerras fueron tan sangrientas como a partir del siglo XIX e, incluso salvando las distancias, nunca hasta entonces los regímenes habían practicado sobre sus propias poblaciones holocaustos semejantes. Pero ese formidable poder de muerte —y esto quizá sea lo que le da una parte de su fuerza y del cinismo con que ha llevado tan lejos sus propios límites— parece ahora como el complemento de un poder que se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales (Foucault, 2007b, p. 165).

En *El poder soberano y la nuda vida* Agamben desarrolló una teoría que buscó explicar precisamente ese punto de convergencia entre poder soberano —jurídico— y biopolítica para lo que desarrolló entre otros, los conceptos de «vida nuda» y «estado de excepción», y los aplicó al estudio del nazismo, conceptos que han resultado centrales a esta tesis. Advirtió, acertadamente, que éste punto de confluencia permanecía «abrumado» en las investigaciones de Foucault debido a su decidido abandono del modelo jurídico—institucional de la soberanía en favor del análisis innovador de la microfísica del poder, y que Foucault no transfirió sus análisis «al lugar por excelencia de la biopolítica moderna» esto es, «los Estados totalitarios del siglo XX» y más particularmente el foco de su análisis los «campos de concentración» (Agamben, 2019, p. 152). Valga anticipar que esta tesis extiende el análisis foucaultiano sobre el poder psiquiátrico, precisamente al punto de emergencia del exterminio nazi, resolviendo la importancia que éste tuvo en su despliegue del derecho soberano de matar, y que Agamben pasó por alto, aunque, sus análisis contribuyen a revelarla.

¹⁴ Por ejemplo: «Podría decirse que el viejo derecho de *hacer* morir o *dejar* vivir fue remplazado por el poder de hacer *vivir* o de *rechazar* hacia la muerte» (Foucault, 2007b, p. 176); «La vieja potencia de la muerte, en la cual se simbolizaba el poder soberano, se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida. Desarrollo rápido durante la edad clásica de diversas disciplinas —escuelas, colegios, cuarteles, talleres; aparición también, en el campo de las prácticas políticas y las observaciones económicas, de los problemas de natalidad, longevidad, salud pública, vivienda, migración; explosión, pues, de técnicas diversas y numerosas para obtener la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones. Se inicia así la era de un “biopoder”. Las dos direcciones en las cuales se desarrolla todavía aparecían netamente separadas en el siglo XVIII» (Foucault, 2007b, p. 169).

Si bien, no es mi intención desarrollar aquí el aparataje conceptual en el cruce Foucault-Agamben del que me he valido, pues me parece más adecuado e interesante desplegarlo en imbricación con el análisis de los acontecimientos, se hace precisa una clarificación sobre el uso en esta tesis del concepto biopolítica. Para Agamben (2019, p. 16), la implicación de la nuda vida en la esfera política occidental constituye «el núcleo originario –aunque oculto– del poder soberano» y aquello «sobre cuya exclusión se funda la ciudad de los hombres». Además Agamben defiende, a diferencia de Foucault, que «*la producción de un cuerpo biopolítico es el acto originario del poder soberano*» y que este poder sobre la vida es tan antiguo «como la excepción soberana» (énfasis original, Agamben, 2019, p. 16).

Esta afirmación revela la diferencia fundamental que separa su concepto de «biopolítica» del de Foucault.¹⁵ Para Agamben la biopolítica identifica la producción soberana de la *vida nuda*, esto es, vida meramente biológica y compartida con los animales en tanto desprovista de existencia política, que fundamenta la institución de una comunidad política. En esta tesis, el término «biopolítica» se reserva, como en el caso de Foucault (2001, 2007b), a un tipo de poder que se ejerce sobre la vida que no es «originario» del derecho, y mucho menos cuasi-transhistórico, un tipo de biopoder cuyo surgimiento puede situarse —al igual que sucede con el biopoder anatomopolítico— en la transición al capitalismo. La biopolítica, es entendida en este trabajo como ese poder que opera sobre *un cuerpo colectivo* y unitario compuesto por una masa de individuos, un poder que no queda reducido ni a su dimensión jurídica ni a la producción sistemática de la nuda vida, aunque ésta constituya su condición de posibilidad. Los conceptos agambemianos de estado de excepción y nuda vida —entre otros— son, de hecho, los que me han permitido analizar la articulación entre soberanía y biopoderes que Foucault desatendió. Pero cuando empleo el término biopolítica remito no solo al acto de producción de la nuda vida, sino al conjunto de técnicas y mecanismos de poder que operan sobre el cuerpo-población o cuerpo-especie, del que ésta es *sacada a fuera*. Un cuerpo colectivo y unitario que no agota en estas nomenclaturas los posibles, pues va adquiriendo diversos acentos y formas de delimitación en relación directa y recursiva con los proyectos de ingeniería humana, de fabricación de lo humano, que se deciden practicar sobre el mismo: cuerpo-nación, cuerpo-raza, cuerpo-raza-nación, pero

¹⁵ La conceptualización y empleo diferencial del término «biopolítica» en Foucault y Agamben ha sido objeto de múltiples indagaciones (Edgardo Castro, 2014; Coleman y Grove, 2009; Duarte, 2015; Ferreira, 2022; Genel, 2006; Ojakangas, 2005; Saidel, 2011).

también el más benevolente «cuerpo de la ciudadanía mundial», son, en suma, algunos de los que se irán haciendo visibles a lo largo de esta tesis.

De las series de acontecimientos

Dicho esto, esta tesis se estructura en torno a ocho capítulos que siguen una lógica acumulativa a nivel de profundidad del análisis, por lo que el manuscrito requiere una lectura lineal, aditiva. No obstante, las series de acontecimientos que encapsulan los distintos capítulos rompen con la linealidad cronológica, asumiendo en ocasiones series de acontecimientos sincrónicas desde distintos puntos de ataque, en otras volviendo atrás en el tiempo para partir de otro comienzo que se ha hecho necesario en el curso del investigar. Con todo, ello no impide que el conjunto de la tesis avance hasta aterrizar en nuestro tiempo presente. El marco temporal que en suma comprende —con mayor o menor profundidad— el análisis en torno a las prácticas de gobierno que emergen de la dominación de la «locura» va de los siglos XVII y XVIII —como antecedentes— profundizando particularmente en los siglos XIX y XX hasta aterrizar en el siglo XXI, nuestro presente, tendiendo a concentrar la práctica genealógica cada vez más en el dominio de lo intergubernamental y en el régimen de los derechos humanos.

No se trata aquí de hacer un «resumen» de los capítulos que componen esta tesis, ello resultaría repetitivo, desvirtuaría los análisis y disuadiría su lectura. Sin embargo, pueden ser de utilidad para quién lee algunas coordenadas que permitan situar el despliegue sinuoso y atípico de las indagaciones y sus densidades diferenciales en lo relativo a la inmersión en el archivo de la historia.¹⁶

En relación con todo ello, destaca con mayor saliencia la primera serie de acontecimientos, el Capítulo I, que enfoca el sustrato de relaciones de poder del que nace el dispositivo psiquiátrico en plena Revolución Francesa, esto es, el alienismo francés, y

¹⁶ Valga decir que me he valido de múltiples archivos sin moverme de mi escritorio, lo que quizá lleve a algún historiador o historiadora de la vieja usanza a poner el grito en el cielo. No puedo decir que no me hubiera gustado sumergirme en la sensorialidad de lo añejo, levantar el polvo, palpar las texturas, empaparme de los olores, no obstante me he servido de archivos electrónicos, monumentos digitalizados de la historia —unidimensionales— de los que disponemos en una cantidad inasumible en internet. Evidentemente mis investigaciones están limitadas por los archivos y documentos-monumento a los que he tenido acceso, como en toda genealogía, no obstante el archivo del que disponemos en internet es ya de por sí ilimitado, y ya ha resultado bastante complejo manejar su inacabamiento, la posibilidad siempre abierta de seguir excavando. Ésta era, por otra parte, la elección posible para una pregunta de investigación que no ha sido planteada sobre la base de un archivo al que se tiene acceso, al que se interroga, sino sobre una interpelación sin archivo que requería respuesta. También me he valido de un buen número de fuentes secundarias, muy útiles en la medida en que cada capítulo ha nacido del seguir alguna pista, algunas intuiciones, que han abierto un nuevo campo de indagaciones, otras series de acontecimientos enteramente nuevas e imprevisibles para mí que requerían hacerse inteligibles.

analiza —situando en el centro la soberanía de la ley— sus primeros giros y desplazamientos en los planos del saber, del poder y de los efectos de dominación, hasta el clímax que inauguró a mediados del siglo XIX la teoría de la degeneración, hegemónica hasta bien entrado el siglo XX y precursora de la eugenesia. En este conjunto he partido de la mano de quienes emergieron como maestros y ya analizaron desde distintos ángulos de ataque este período, inicialmente Michael Foucault, Robert Castel y Fernando Álvarez Uría. No me he limitado a reproducir sus análisis, pero sí me he asomado a la historia —y a la práctica genealógica— en primer término a través de sus obras. Ellos proporcionaron ejemplo, análisis valioso ya hecho, y las series de acontecimientos clave en el surgimiento del dispositivo psiquiátrico y en sus primeros desplazamientos y efectos de poder-saber.

He prestado suspicacia y atención a la dimensión de género del análisis de estos maestros hombres estableciendo articulaciones propias, señalando vínculos que sin duda requieren más investigación, y apoyándome en el punto de la partida en el trabajo genealógico de Silvia Federici, *El Caliban y la Bruja* (2010), en el que se analiza la transición al capitalismo —o patriarcado del salario— situando en el centro el dispositivo Cazas de Brujas. Por lo tanto, el primer bloque de análisis se nutre en gran medida de fuentes secundarias —a diferencia del resto—, y gravita en torno a un territorio particular, la Francia de finales del siglo XVIII a mediados del siglo XIX en la que surge y se despliega el alienismo.

El Capítulo II se desplaza, siguiendo las pistas de lo aprendido, a la Alemania de la primera mitad del siglo XX para analizar el rol protagónico que el dispositivo psiquiátrico —derivado del giro a la anormalidad y de la práctica gubernamental de defensa social contra la degeneración— tuvo en la constitución de la *Rassenhygiene* (higiene racial), en la reivindicación del derecho de Estado a destruir a las «vidas sin valor» (*lebensunwertes leben*), y en el surgimiento y despliegue del primer exterminio perpetrado por el Nacionalsocialismo, el programa de eutanasia forzosa, precursor del Holocausto. De esta serie son protagonistas dos de los padres de la psiquiatría biomédica contemporánea; Emil Kraepelin, indiscutiblemente reconocido como tal en términos de taxonomía patológica e investigación clínica, y su sucesor Ernst Rüdin, padre de la psiquiatría genética.

El Capítulo III se desplaza a Estados Unidos para analizar, en el mismo periodo temporal abordado en Alemania —primera mitad del siglo XX—, el punto de surgimiento y algunos de los más importantes despliegues, mutaciones e innovaciones que trae consigo la *mental hygiene* (higiene mental) —esto es, la precursora de la «salud mental» contemporánea— en términos de técnicas de producción de lo humano. Partiendo del

análisis del proceso constituyente de la higiene mental, es decir, del encuentro entre Clifford Beers, hombre loco, psiquiatrizado y torturado y Adolf Meyer —psiquiatra y anatomopatólogo—, analizo las derivas de la higiene mental en tres líneas de acción imbricadas —y aunque parcialmente sobrepuestas— consecutivas: la cruzada eugenésica contra el defecto mental y sus desvíos; el lanzamiento del *Child Guidance Movement* como nuevo paradigma de producción de lo humano y, en torno al mismo, el surgimiento de la «interdisciplinariedad» en las ciencias sociales y humanas como punta de lanzamiento de un proyecto de «ingeniería humana» que irá adquiriendo diversas formulaciones.

Los Capítulos IV y VI a pesar de estar separados por un Interludio (el Capítulo V), deben ser entendidos como dos series de acontecimientos entrelazadas que parten a la búsqueda de otro comienzo, en última instancia la emergencia tras la II Guerra Mundial de «derecho humano a la salud (mental)» y el proyecto de producción de una ciudadanía mundial que le subyace. Sitúan en el centro del análisis, no ya una emergencia relativa al dispositivo psiquiátrico surgida en un Estado Nación —Francia (alienismo), Alemania (higiene racial), EEUU (higiene mental)—, sino el surgimiento, desplazamientos y despliegues del «dispositivo intergubernamental de salud», partiendo de las Conferencias Sanitarias Internacionales del ochocientos. En conjunto analizan comparativamente los desplazamientos que se produjeron en los proyectos de salud pública que derivaron de los procesos constituyentes de los organismos intergubernamentales para la paz surgidos de las dos Guerras Mundiales, la Sociedad de Naciones nacida de la Gran Guerra —y, entre otras, su Organización de Higiene— y las Naciones Unidas surgidas de la II Guerra Mundial —y la Organización Mundial de la Salud que nos es contemporánea—, con especial atención a la racionalidad diferencial que en cada caso permitió, sin que ello estuviera previsto, vincular productivamente los binomios paz universal-guerra mundial y salud-enfermedad de las poblaciones.

El Interludio que los separa (Capítulo V) constituye una forma de profundizar en los análisis anteriores que coloca esta vez en el centro la matriz hegemónica de la «eficiencia nacional» —productivamente ensamblada al darwinismo social y a la lucha imperialista por la apropiación de los recursos naturales— para alumbrar la manera diferencial en la que eugenesia, higiene racial e higiene mental, constituyen diferentes versiones de un mismo proyecto de salud pública orientado por el principio de fabricación sistemática de una ciudadanía apta; si bien el centro de análisis gravita en torno a las especificidades e innovaciones que comparativamente trae consigo el proyecto de la higiene mental en el activo de «la salud mental de las naciones».

Finalmente, los Capítulos VII y VIII discurren entre la segunda mitad del siglo XX hasta bien entrada la primera década del siglo XXI, situando como eje articulador del análisis el punto de surgimiento —desarrollista— y los despliegues diferenciales de Naciones Unidas en materia de derechos humanos y «discapacidad» en genérico, y derechos humanos «retraso mental» y «enfermedad mental», en particular. Hago gravitar en torno a este eje articulador, un análisis paralelo de carácter comparativo, en el que se entroncan de forma diferencial y en dos lianas interactuantes trazos de los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas —una de las lianas—, y del movimiento genérico de personas discapacitadas —la otra liana, con mejor encaje y sintonía en el eje Naciones Unidas—: trazos compuestos de puntos de surgimiento, desplazamientos y derivas, epistemologías de lucha, utopías movilizadoras, demandas políticas y de derechos humanos, tensiones y superposiciones, confluencias, desencuentros y alianzas.

A medida que se internacionaliza el movimiento de personas psiquiatrizadas, le cedo el protagonismo hasta desembocar, y en el discurrir, del proceso constituyente de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y sus primeras etapas interpretativas. En conjunto estas series de acontecimientos dan cuenta de la reiterada consagración —hasta entrado el siglo XX— de un estado de excepción a los derechos humanos universales por atribución de retraso, enfermedad o deficiencia mental y también de su consiguiente abolición formal en el primer encuentro significativo entre las Naciones Unidas y el movimiento de usuarias y supervivientes de la psiquiatría, gracias a la alianza discapacitada y a la participación de las organizaciones de personas cuyos derechos humanos estaban en cuestión —sin precedentes en otros tratados de derechos humanos— que involucró el proceso constituyente e interpretativo de la CDPD

PRELUDIO

Pensar es ante todo —como raíz, como acto— descifrar lo que se siente.
María Zambrano

*Sólo descubro lo que tengo que demostrar en el movimiento mismo por el que escribo; como
si escribir fuera precisamente diagnosticar lo que hubiera querido decir en el mismo
momento en que empecé a escribir.*
Michael Foucault

*En otros términos, el adentro es el adentro del afuera. No es lo contrario del afuera, es el
adentro del afuera. Es el pliegue del afuera. El adentro es el pliegue del afuera... Ahí nos
topamos con algo... Ustedes deben sentir que nos topamos con algo.*
Gilles Deleuze

Solo en la desposesión puedo dar y doy cuenta de mí misma.
Judith Butler

Este cuerpo, la interpelación, la genealogía

Y, sin embargo, hay que decirlo, la práctica del investigar anclada en este proyecto de tesis no fue, en sus comienzos, una genealogía. Tan sólo en un determinado punto del camino empezó a desplegarse como tal, sin que yo fuera todavía consciente, cuando se abrió aquel claro en que me encontré con «La Carta Magna de la Humanidad», monumento por excelencia de la democracia moderna con el que me fundí en la estupefacción del sentir íntimo. Mi investigar empezó a transmutar en genealogía en el movimiento mismo por el que empecé a reseguir con los dedos las formas de aquel Pórtico Griego levantado tras la II Guerra Mundial, por el que empecé a palpar su ranuras, a ensayar con el trazo lo que decían en silencio, en la espesura del tiempo, sus escrituras.

Cuando me encontré con La Carta Magna, mientras buscaba alguna pista que pudiera concretarse en el inicio de la escritura de esta tesis, en mi tercer año de doctorado, yo traía conmigo toda una amalgama de acontecimientos vivos, anclados en el presente en que la vida deviene. Llegaba prendida de aquellas voces, aquellos gestos, de aquellas pequeñas victorias y derrotas, un rebosante torbellino de impresiones surgidas de la lucha colectiva, de los entresijos de las prácticas de gobierno en «salud mental», todas ellas retumbando al unísono. Llegaba de habitar una actividad frenética que a pesar de mí y con mi beneplácito y obediencia, me arrastraba con ella, se desplazaba conmigo.

Esta genealogía, nace como una respuesta posible a una interpelación ética que me precede y me trasciende, que ha sido proyectada en flecha sobre mí cuerpo, sobre las coordenadas que sitúan mi moverme en este mundo, en múltiples momentos me ha alcanzado, hasta adquirir la intensidad de un mandato al que no cabe desobedecer si el vivir debe continuar. La reconozco, con sus desplazamientos, con sus giros, con sus cambios de acento, como una misma interpelación porque quién interpela en el desgarró del grito, es, ha sido, la marca de la locura. En sus múltiples lazos, el desgarró absoluto, la belleza de lo que tintinea y resplandece, el misterio, las voces insultantes, las voces maravillosas, la irrupción de lo fantástico, las sincronías, los espectros, y luego lo otro, la reducción a la mudez, la desposesión de la palabra verdadera, la anulación de la voluntad, la zombificación, el encierro, las correas, la precarización de la vida, la muerte políticamente inducida, los venenos.

La genealogía de esta interpelación, aunque interesante en la medida en que nos habla del proceso de inscripción del cuerpo de quien investiga, de mi cuerpo, en el devenir de la historia, es demasiado larga, demasiado opaca, hay demasiadas lágrimas, demasiada belleza también. Por ello mismo, porque todo intento de reconstrucción, de explicación, de apertura, nos desviaría demasiado, me obliga a sumergirme en los abismos y amenaza con convertirse en un libro, resulta desaconsejable. Debo limitarme a tratar de hacer inteligible lo que sólo ahora puedo identificar como el comienzo de la práctica de hacer hablar al monumento, punto del brotar inseparable entre la arqueología y su rizoma, la genealogía, entre el saber y el poder.

La poesía es lo que me une al placer de la escritura, pero ahora hace falta otra cosa, quizás una suerte de disección a operar sobre ese espacio-tiempo tan reciente, tan vivo, y a la vez tan histórico, en el que se ha desenvuelto el proyecto doctoral del que esta genealogía, sino abro el afuera que la hizo posible, sería un testigo muy parcial, mudo sobre sus propias condiciones de posibilidad. No obstante, la disección conlleva tanta violencia, una violencia que se practica a los muertos, un sacrilegio en sus inicios renacentistas y medievales que se practicaba sobre las almas, aquél del que nació la medicina del cuerpo-máquina. Resulta inaceptable sobre lo que todavía vive, late, se desconoce, transmutaría en una suerte de asesinato. No sé cómo hacerlo. ¿Hace falta que lo haga?

Se me aparece como imprescindible, dar cuenta, aunque sea muy parcialmente, no podría hacerlo de otro modo, del radical desplazamiento con el que emergió, de nuevo a pesar de mí y con mi beneplácito, mi práctica genealógica. Práctica que con sus virtudes y defectos, con las decisiones y azares de exclusión-inclusión que implica el cerrar un texto, cristaliza en su forma más amplia y actual, en esta tesis. Práctica de la cual este

relato, si se quiere, está destinado a ser una posible formulación de su «fuera de campo»¹⁷ o lo que es lo mismo, de aquello que circunda y delimita el investigar fusionándolo con la vida, del ser cuerpo en la práctica de la investigación, cuerpo arrojado al devenir de la historia, deviniendo en un presente siempre efímero y formativo, en una trama de vínculos afectivos y de apoyo, cuerpo vulnerable y expuesto, tan solo delimitado por la piel que lo recubre, piel en este caso marcada por el privilegio de la relativa blanquitud, y, también lo sé, esa ambivalente posición con la que se inscribe la dulzura de mi voz, una particular expresión de la marca subalterna de lo femenino.

El cuerpo en su devenir cuerpo, en medio de derivas insospechadas, accidentes, cambios radicales de rumbo, con sus deseos e interpelaciones, en su alteridad y exposición constituyente, con-viviendo en un medio habitado por otros cuerpos, trayectorias, sucesos, irrupciones, siempre territorializado, actor y hecho de enfrentamientos y encuentros, siempre en el movimiento de ser-en-el-tiempo, ante la alteridad que lo sostiene y lo violenta y ante la muerte. La muerte. Esa que infructuosamente me lanzó un azaroso aviso, cuando en el transcurso del investigar fui atropellada por aquella motocicleta, cuando sucedió aquello que no puedo recordar y cuya verdad carece de toda «prueba objetiva», cuya verdad no podrá ser reconstruida en su plenitud para quien no recuerda y sin embargo estuvo, actuó, habló, allí.

Debo ser honesta, dispongo de muy poco tiempo, esa máquina que gobierna nuestro devenir tiempo, ese tic-tac mecánico o digital, esa beca doctoral, ese programa de doctorado, me imponen un límite muy cercano que no puedo sobrepasar, límite en el que debo dar forma final a este producto, a este conjunto que ha brotado de mí, a pesar de mí, del que se supone que soy autora. Conjunto que está destinado por normativa a poder seguir latiendo en el corazón ajeno, cuando yo ya no sea, cuando haya traspasado el umbral entre lo vivo y lo muerto.

Por ello, quizás, me impone tanto respeto el dar cuenta desde esta opacidad parcial que me es constitutiva, de algo parecido a sus condiciones de posibilidad. Puedo ser juzgada por ello desde otro tiempo, desde algún otro cuerpo, el tuyo, lo sé, se puede confundir la autora con la obra, este acto de exposición nos vulnerabiliza a ambas, dispone de muy poco tiempo para ser elaborado, deberá moverse en el plano del sentir,

¹⁷ Concepto tomado de Mariza Ruiz Tejo y S. García Dauder (2018). Éste fue presentado por Dauder un taller que impartió en el año 2018 en el Programa Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo de la Universidad Autónoma de Barcelona. Mi interpretación del mismo es algo libre e intuitiva, basada en la experiencia misma del taller impartido por Dau, y en una perspectiva —genealógica—de cuerpo como aquello que es arrojado a la historia, al devenir.

guardando algunos secretos... ¿por dónde comenzar? ¿dónde situar el inicio de esta trayectoria?

Una primera coordenada, gesto arbitrario en el que voy a situar el punto de inicio, gesto que pierde su arbitrariedad si revelo que tan sólo es el punto de mi devenir-con la interpelación en uno de los espacios en los que ésta, en sus múltiples formas, entrelazó una multiplicidad de cuerpos y trayectorias en una misma lucha colectiva. Esa primera coordenada territorializa en ActivaMent Catalunya Associació, una organización autogestionada por personas marcadas por la locura, el desvío de la norma, el desgarró del sufrimiento y de la violencia, en su mayoría atravesadas, desgajadas, sujetadas por la psiquiatrización; organización por entonces dedicada al apoyo mutuo, a la deconstrucción del rol de «enfermo mental», a la restauración minuciosa de la agencia y la dignidad, a la sistematización de los saberes, tácticas y estrategias nacidas del (sobre)vivir y resistir.

Mi entrada a ActivaMent en el ocaso del 2016 fue precedida por mi habitar aquel mismo verano Radio Nikosia, un espacio para vivir y crear por fuera del diagnóstico psiquiátrico, también territorializado en Barcelona, Catalunya. Allí, a Nikosia, valga decirlo, me llevó un amigo azaroso de más de setenta años, último condenado por la ley de peligrosidad social del franquismo, al que conocí en la entrada de la biblioteca de filosofía a la que iba a estudiar, en el corazón del Raval. Allí estaba Ramón con sus carteles anti-psiquiátricos, con sus huelgas de hambre, con su lucha para que liberaran a la madre de sus hijos de la tutela y la incapacitación, allí, en aquella entrada, empezó nuestra amistad y mi compromiso con su batalla. Fue con Ramón, durante aquél desgarrador máster, en el 2014, cuando a dos manos escribimos un panfleto que él divulgó, cuyo título fue *El derecho a la locura*.

A Catalunya volví ese verano del 2016, después de mi fuga a Trento, Italia. Sí, aquello fue una fuga en toda regla, la fuga de una presa, presa en la red de la psicología clínica, disciplina con la que comprometí mi formación de máster. Hui a Trento para desembarazarme de ella, para curarme las heridas que me había practicado, que había visto practicar, que amenazaban con convertirme en parte de la máquina. Hui de la presión que se ejercía sobre mí para que me comprometiera con un doctorado en psicología clínica, bajo cuya promesa, la estabilidad económica que una beca doctoral podía proporcionar a mi vida durante cuatro años —aunque fuera precaria—, había tomado la decisión de iniciarlo. Aquella promesa llegaba tras años de compaginar los estudios con mi trabajo de camarera, años marcados por los números rojos en la cuenta, la precariedad vital a la que parecía destinada por nacimiento había sido la que —bajo la presión de tener que decidir en un día— me enredó en aquella tela de araña.

Una vez comprometida con el doctorado en psicología clínica, descubrí la seducción primera, no podía acceder a la beca si no hacía antes el máster. Ya me había enredado, acepté hacer el máster y con ello quemar mi único cartucho, una sola beca de estado para la realización de un «máster oficial». Nada más comenzar lo me di cuenta de que me encontraba de lleno en la barriga del monstruo contra el cual había proyectado mi lucha, la investigación en psicología clínica fundamentada en el DSM, la biomedicina y la estadística. Me consolé pensando que haría la lucha desde la barriga del monstruo, pero demasiado pronto descubrí que el disfraz era insoportable, un año con el estómago hecho un puño, entre la biblioteca y el llanto, con «todos los fantasmas del mundo agolpados a mis espaldas», aquéllos que «claman por salvarse» por «pasar hacia uno de los lados», aquéllos que «viven en el espacio liminal, en el himen entre la realidad y el sueño», escribía, «los siento en mi propia invisibilidad, me hago caracol de petróleo y sangre en la ciudad».¹⁸ Me concentré, para no perder la posibilidad futura de un doctorado, en atravesarle las entrañas a la investigación clínica, tragarme la meritocracia y convertirme en su deshecho. Luego, me dije, haría el doctorado en psicología social crítica, volvería con Foucault, y reemprendería la lucha desde allí.

Recuerdo haber visitado a Margot, mi actual directora —entre otros referentes—, cuando estuve en la encrucijada de decidir en un día si aceptaba la invitación a la beca doctoral en psicología clínica, buscando consejo, diciendo que yo quería estar en la «intersección» entre la investigación clínica y la social. Me dijo que aquello era complejo, que me diera un tiempo para pensar; había un abismo epistemológico que las separaba. Extraña formulación la mía. No supe expresarme mejor. Pude haber dicho que deseaba continuar mi compromiso con la «locura» —objeto privilegiado de la clínica apenas tocado en las asignaturas de psicología social crítica—, pues había descubierto a la psicología clínica en acción, durante las prácticas de la carrera, y me había dicho que yo nunca buscaría trabajar en el sistema de salud mental, me dedicaría a erradicar, a martillazos, cada una de sus violencias, y descubriría si aquello era posible.

No obstante, en aquel único día fastuoso tuve que decidir si aceptaba o no la beca de doctorado en psicología clínica. Aparte de la promesa de poder vivir cuatro años llegando a fin de mes, a parte del espejismo de trabajar desde y contra la barriga del monstruo, aparte de todo ello, había una cuestión más, un complejo diríase, vinculado a los efectos de la irrupción de la locura en mi vida; aquélla que vino a poner voz a los espectros en mi tránsito a mujer, a gritar los peligros, aquélla que me obligó a habitar lo insondable del pozo, que me permitió cambiar el rumbo y escapar de la violencia patriarcal, del gesto

¹⁸ Fragmentos de un poema escrito en aquella época titulado Los liminales.

del abuso, de la máscara de la barbie, de la normalidad feminizada y violentada a la que parecía sentenciada. Al fin y al cabo, por todo aquello, por ese detener el tiempo y profundizar en el pozo en mi tránsito a mujer, yo no había acabado la educación obligatoria, no había hecho el bachillerato y *por ello* —extrañamente pensaba— no conocía la historia, nunca la había estudiado, me la había perdido, estaba des-historizada y al tiempo arrojada a la historia; la historia era —me dije— la clave de lo social. En definitiva, llegué al secreto veredicto de que sin la historia estaba mutilada para la práctica de la investigación social crítica.

Cuando aterricé en ActivaMent, tras convertirme en un desecho y culminar el master renunciando a la beca de doctorado en psicología clínica, proceso que me condujo de nuevo a los números rojos, proceso expandido incluso más allá de mi huida a la casa de Trento con Guillaume —mi refugio, mi pareja—; casa cuyas paredes había empapelado de representaciones cartográficas inmensas de las corrientes de la filosofía, casa en la que fui visitada de nuevo por una multitud de espectros, cuando aterricé allí, en ActivaMent, trabajaba otra vez de camarera, una carrera que había empezado a mis dieciséis.

Estaba sumida en la catástrofe y en sus idas y venidas, deshecha en toda regla, en lucha por aferrarme a la vida, anotaba en el calendario los días del abismo, en color azul, habitualmente cuatro o cinco, en los que brotaban las tristezas, el desgarró, el no-futuro, aquéllos que venían seguidos de los días rojos, de actividad frenética, de poesía nocturna, en los que todo se hacía posible de nuevo. Cuando empezaba a tomarle el pulso a la catástrofe, a reconocerle sus ritmos y flagelos, cuando empezaba a palpar la multiplicidad de pliegues en los que se fraguaba mi desposesión constituyente, fue cuando aquella amiga, esa amiga con quién descubrí a Foucault —a quién le desperté el interés por la locura y las violencias de la psiquiatrización—, esa amiga irrumpió de visitante en mi casa rebotante de fortaleza, directamente venida de la lucha desmanicomial del Uruguay: sí, fue Carla quién me tendió el abrazo, me interpeló a recoger mis pedazos y me llevó con su trayectoria a ActivaMent.

Nada más pisar aquel espacio revelé mis antecedentes, antecedentes que ya tenía claros, mi estancia en Nikosia me había llevado a afianzarlos. Sí, en Nikosia me había visto en una encrucijada, aquel espacio estaba en términos de rol e identidad, dividido entre profesionales administradores de la misma, estudiantes en prácticas y personas locas, psiquiatrizadas. Identidades estancas. Eso fue, al menos, lo que entendí cuando empecé a habitar el espacio con cierta frecuencia y algunas de las compañeras psiquiatrizadas me interpellaron, cuál de aquellas identidades era yo, —profesional, estudiante en prácticas, diagnosticada—. Fue con quienes más íntimamente vinculada

me sentí, yo era de ellas, y sin embargo no, pues no era «usuaria» del «sistema de salud mental», no estaba ya marcada con un diagnóstico psiquiátrico. Tampoco estaba allí como profesional gestora de la entidad, ni como estudiante en prácticas. Había una identidad paraguas que se había inventado, descubrí, para tratar de resolver el problema y dar cabida a la multitud de activistas, viajeras, curiosas, que pasaban o se vinculaban de formas diversas a aquel espacio: «tú di que eres nikosiana».

Al llegar a ActivaMent lo expliqué todo, la locura de mi padre, sus voces, su largo proceso de psiquiatrización y pérdida de agencia, el amor que me unía a él, yo había sido, en primer término y desde el punto de mi nacimiento —incluso antes, desde el mismo acto de mi concepción— familiar-hija. Luego mi propia locura, por tanto, también loca y adolescente psiquiatrizada que se había salido del «circuito de salud mental» a la primera de cambio para lamerse las heridas en el teatro y la poesía. Eso no era todo, supuestamente también era «profesional» heterogénea, pues había estudiado en mi huida de Blanes a Barcelona atención sociosanitaria, integración social, psicología, y finalmente el máster de investigación en psicología clínica.

Mi carta de presentación ante quienes apenas empezaba a conocer tuvo efectos insospechados, ese mismo día se me ofreció trabajo, había muchos proyectos que atender y pocas manos, se necesitaban investigadoras «en primera persona» y yo, al parecer, encajaba en tal categoría. Inmediatamente dejé mi trabajo de camarera, aquél en el que servía copas con la lágrima en los ojos, ante la mirada lasciva de algunos de mis compañeros y clientes hombres, otra vez, con sus insinuaciones y tocamientos disimulados, besos fugitivos dados sin permiso.

Mi estrategia de salida del pozo ya había sido trazada cuando irrumpí en ActivaMent, llevaba meses fraguándola, pediría la beca de doctorado en el Departamento de psicología social crítica que me había presentado a Foucault, el otro lado de la encrucijada, con Margot y Enrico, feministas dedicadas al estudio del poder y la subjetivación que ya me habían aceptado con los brazos abiertos, y la promesa —siempre cumplida— de cuidarme, esa era, me dije, la clave de una buena supervisión académica. Todavía no sabía que Joan me apadrinaría también como director, a petición de Margot y Enrico, tras aquél encuentro en un café de la Vila de Gracia en el que le expuse mi proyecto doctoral, proyecto con el que pedí la beca que cristaliza en esta genealogía, y que se nutrió y creció de la práctica desplegada con las compañeras y compañeros de ActivaMent.

En ActivaMent encontré tanto, amistades, una lucha política compartida, una red de afectos y sostenes de vida, de victorias y derrotas mal digeridas, de derivas y enfrentamientos, de lugares de enunciación y escucha; espacio de socialización —me

dije— para recoger los pedazos de cada quién y lanzar el conjuro colectivo, oponerse al poder y a la dominación, armar las fuerzas y producir saber, técnicas de sí para la supervivencia. Ir lanzando lo aprendido como un coctel molotov contra las instituciones del gobierno en el locus de la benevolente «salud mental», ensamblarse en las grietas abiertas, reivindicar el puesto, enfrentar desde dentro, transformar el sistema y erradicar las violencias transformando sus prácticas de gobierno. Sí, por entonces, la lucha de ActivaMent —que estaba en su punto más álgido— dirigida desde las vidas de las víctimas actuales y potenciales del poder mortífero de la psiquiatrización pretendía, desde la legitimidad de la voz colectiva de los cuerpos gobernados modificar las prácticas de los gobernantes.

El trabajo que azarosamente me asignaron en ActivaMent, pues yo no lo escogí, se enmarcaba en un proyecto titulado *Derechos de ciudadanía en salud mental*, cuyo producto principal, aquello que yo debía hacer, era escribir una *Guía de derechos humanos en salud mental* para el territorio catalán. La Guía debía estar fundamentada en un análisis cualitativo de los grupos de discusión que estaban desplegándose desde tres posiciones de sujeto bien delimitadas por las prácticas divisorias de gobierno; familiares de personas psiquiatrizadas —la mayoría de las cuales eran mujeres de más de sesenta años— profesionales de la salud mental —con perfiles disciplinares heterogéneos— y personas psiquiatrizadas —activistas y no activistas—.

Descubrí que la práctica de la violencia era sistémica, y reconocida —con o sin legitimación— por todas las partes. Indudablemente por quienes eran violentadas, las personas psiquiatrizadas, y en menor medida, por quienes la practicaban o eran cómplices de la misma, profesionales y familiares, más propensas, por ello mismo, a legitimar el ejercicio de la violencia «en casos de necesidad» y enfocarse en denunciar el «uso abusivo», estandarizado y demasiado frecuente de prácticas tales como; la contención mecánica —tortura consistente en atar a una persona de manos, pies y tronco a una cama a menudo durante días haciendo oídos sordos a sus gritos de socorro—, el ingreso involuntario en el que ésta se hace posible, la administración forzosa de drogas psicoactivas capaces de reducir todo ápice de deseo, de voluntad, de agencia, de pensamiento, la institucionalización de por vida en *Residències de llarga estada*, la muerte del sujeto de derecho sin posibilidad de reanimación mediante la incapacitación jurídica, la medicalización y la despolitización generalizada del malestar derivado de la exposición a todo tipo de violencias estructurales, el electrochoque con anestesia general y en contra de la voluntad de la persona, también disponible en formato «de mantenimiento», es decir semanalmente, etc.

Mi trabajo para aquella Guía consistió en hacer dialogar todo aquello y mucho más, con un documento normativo respecto al cual nada sabía, una Convención de derechos humanos, que en mi sorpresa remitía a la discapacidad; la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas que España* había ratificado y que entró en vigor en el 2008, de la cual ActivaMent y el territorio catalán en lo concerniente a sus múltiples redes de servicios de «salud mental», apenas nada conocían. Descubrí que las prácticas sistemáticas de violencia más evidentes y contra las cuales luchábamos habían quedado definidas como graves vulneraciones de derechos humanos que nuestro estado se había comprometido a erradicar. La *Guía de Derechos*, escrita en un par de meses frenéticos, quizás menos, tuvo para mi sorpresa bastante resonancia en el territorio catalán.¹⁹ Tras su publicación, se me empezó a solicitar para dar charlas, ponencias, formaciones, a compañeras psiquiatrizadas, a profesionales, a gestoras de servicios, etc.

A partir de los aprendizajes que conllevó su escritura y aquellas charlas elaboramos la formación de ActivaMent en derechos humanos y, sin haberlo previsto, poco a poco me fui convirtiendo en su experta en derechos humanos y, con ello, una de las referentes del «movimiento en primera persona» en la materia. Se me encomendó la tarea de representar a ActivaMent en múltiples escenas vinculadas a la lucha por los derechos humanos, ante otros colectivos del movimiento loco, ante la Generalitat de Catalunya, ante el Gobierno de España, ante proveedores de servicios, etc.

Aquello empezó a multiplicarse de formas insospechadas, a medida que descubríamos en la Convención de derechos humanos para las personas discapacitadas —extraño nos parecía el rostro con el que se nos presentaba— nuestra mejor arma de lucha y toda una red de alianzas internacionales. Poco después, en la primavera del 2019, en el ocaso de mi segundo año de doctorado, estábamos denunciando a España ante las Naciones Unidas, enfrentándola, visibilizando sus violencias, exponiendo el testimonio de sus víctimas, prescribiendo los remedios, allí, en Ginebra, estaba mi cuerpo, sostenido

¹⁹ Fue publicada en 2017 antes de iniciar mi doctorado, tanto en catalán como en castellano y en coautoría con la persona que me supervisó, véase: Pérez-Pérez, Beatriz y Eiroá-Orosa, Francisco. (2017). *Guía de Derechos en Salud Mental*. Barcelona: Federació Veus. Tuvimos asesoramiento jurídico de la abogada Mari Àngels Porxas, por entonces estudiante doctoral en la materia. La guía contiene un error interpretativo grave con respecto al mandato de igualdad ante la ley de la Convención (art. 12), que tan solo comprendí en su relevancia y amplitud posteriormente. Cuando me di cuenta ya estaba publicada y de nada sirvió que insistiera en modificar aquella sección o añadir una nota aclaratoria.

por la fuerza y la confianza de lo colectivo, prendido de la interpelación, acompañado de Hernán, guiado por Tina, representando a la Coalición ActivaMent-Hierbabuena.²⁰

Me con-vencieron de que asumiera aquel espacio de enunciación, espacio que vehiculaba el primer informe sombra de España que recibían las Naciones Unidas elaborado —en un proceso trepidante y colectivo que coordiné— desde la posición de las personas psiquiatrizadas. Estaba desde hacía un tiempo sumida en un profundo proceso de reflexión acerca de mi imprevista trayectoria en el movimiento loco, que involucraba particularmente el cuestionamiento de mis marcas de privilegio ¿Por qué era yo quien estaba ocupando aquel espacio protagónico de enunciación en la defensa de los derechos humanos? ¿qué implicaba aquello? Al fin y al cabo, mi piel blanca, mi trayectoria académica, esa que tantas compañeras y compañeros habían visto interrumpida por procesos de psiquiatrización mucho más atroces que el que yo experimenté. Llevaba un tiempo tratando de situarme en la retaguardia, de ceder el puesto cada vez que se me reclamaba, de colectivizar los espacios de enunciación, pero aquello no era tan fácil, el desgaste era supremo, las tensiones internas brotaban por todos lados, mis propias compañeras agotadas me atribuían el puesto, yo era quien «sabía más del tema», para aquella ocasión acepté que el imperativo de apoyo mutuo y la lucha colectiva allí me situaban.

Estaba, también yo, inmersa en una actividad frenética, en el puro acontecimiento. Aquél segundo año de doctorado fue, sin duda, el más intenso. Mi proyecto doctoral por entonces tenía la forma de una investigación-acción colaborativa, se situaba directamente en la trayectoria de ActivaMent y con ActivaMent, además de otras dos entidades, mi equipo de investigación de la UAB y una Fundación proveedora de servicios públicos de salud mental en un distrito de Barcelona marcado por la heterogeneidad de sus barrios, donde imbricaban la clase media, la pobreza y la migración. Proyecto inmenso de transformación de la práctica «asistencial en salud mental» desde un enfoque de derechos humanos y una «perspectiva de género interseccional».²¹

²⁰ El informe alternativo que elaboramos colectivamente para la ocasión está disponible en internet, véase: Pérez-Pérez, Beatriz; Corominas, Tomás; Quintana i Alemany, Andrea; Aguiar-Muñoz, Cristina; Guzmán Martínez, Grecia; Sampietro, Hernán María; Sicilia-Matas, Laura; Pardo, Sol; Font Callejón, Marta; Tarancón Sánchez, Beatriz; Martínez Pujalte, Antonio Luís; y Minkowitz, Tina (2019). *Informe alternativo del Reino de España para la 21ª sesión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad específico sobre el colectivo en primera persona; personas ex-usuarias, usuarias y supervivientes de la psiquiatría (discapacidad psicosocial)*. Coalición ActivaMent Catalunya Associació - Hierbabuena Asociación para la Salud Mental.

²¹ Mora, Enrico, Pujal i Llobart, Margot, y Pérez-Pérez, Beatriz. (2018). *Transformacions Contemporànies de l'Atenció en Salut Mental: Projecte de Recerca Participativa* [manuscrito no publicado]. Universitat Autònoma de Barcelona.

Yo estaba también en el centro de todo aquello, había articulado las relaciones entre los agentes clave, estaba junto a Margot y Enrico —investigadoras principales del mismo— en su coordinación. Proyecto cualitativo cuyo trabajo de campo se había expandido mucho más allá de lo planteado inicialmente —de seis meses a casi dos años— y que cursaba con etnografías, entrevistas, comunidades reflexivas, grupos de discusión, formaciones, con procesionales de varias disciplinas, cargos de coordinación y gestión de servicios, personas asistidas, familiares de las mismas, productores de políticas públicas, etc. Proyecto que implicó, para mí, un sumergirme, interrogar, problematizar, registrar, escuchar los malestares de unas y otros, un tratar de descifrar las mecánicas de funcionamiento de la «red de salud mental», sus efectos de poder, de saber, de dominación, de subjetivación.

Además de ello ese año me inicié en mi práctica como docente de psicología social crítica en la UAB, otro pequeño frente de lucha, en el que incitar debates, problematizar, escuchar, aprender, abrir procesos reflexivos con las estudiantes... Era docente de aquella única línea de la carrera de psicología que se ocupaba de dinamitar —en su marginalidad— los esquemas de racionalidad y las prácticas de la psicología clínica, de la biomedicina, de la asistencia social, dando cuenta de múltiples formas de violencia institucional, el racismo, el androcentrismo, el adulto-centrismo, el capacitismo y el cuerdismo, la precarización de las vidas y la exposición políticamente inducida a la violencia, todo aquello tenía cabida, todo aquello y mucho más podía ser desplegado.

En el ocaso de aquel segundo y frenético año de doctorado, me concedieron la estancia de investigación en la Universidad de Jyväskylä, Finlandia. Aquél era un buen destino, allí estaba entonces Guillaume —mi pareja, mi refugio—, allí, en Laponia Occidental había nacido y se practicaba el modelo de atención a la salud mental basado en el diálogo abierto que por entonces, en territorio español —y también a nivel internacional—, venía siendo presentado como la solución a todos los males, incluso, —engañosamente descubrí— el de una asistencia a las «crisis» psicosociales fundamentada en el respeto de los derechos humanos.²²

La decisión de hacer la estancia también respondía a la necesidad de alejarme de la actividad frenética y abrir un espacio para la reflexión y la digestión en torno a lo acontecido, un espacio en el que tomar decisiones e ir concretando mi deuda con el Estado Español, que me había becado. Al fin y al cabo iba a iniciar mi tercer año y todavía

²² Aunque prácticas tales como el ingreso involuntario, el tratamiento forzoso y la contención mecánica no eran de uso tan frecuente y sistemático como en Catalunya, sí estaban permitidas por ley y se continuaban empleando.

no había escrito una sola palabra de la tesis, producto que debía empezar a desarrollar si no quería afrontar una deuda de por vida que me lanzase de nuevo e indefinidamente a la precariedad. Fue ese miedo, que progresivamente empezó a adquirir tonalidades catastróficas, el que me permitió poner algunos límites a las demandas del activismo, hasta entonces —y posteriormente en los momentos clave— priorizadas en virtud de lo colectivo, y al servicio del cual —así lo sentía, de ello tuve que convencerme— estaba también mi propia tesis, aunque llegara bajo una autoría individual.

En Finlandia me convertí en máquina taquigráfica, había muchas comunidades reflexivas, entrevistas, grupos de discusión que transcribir para el proyecto de equipo en que había quedado enmarcada mi tesis. Calculé que en total había dedicado unas 400 horas a teclear aquellas voces, problematizaciones, malestares, enfrentamientos, confesiones, eso sin contar las múltiples etnografías que había escrito. En medio de todo aquello, entre el tedio de lo mecánico y el descubrimiento de las polifonías, me surgió una inquietud. Había leído filosofía, genealogía y algo de teoría política en mi tiempo libre, por las noches, entre las sábanas, pero aquello era «ocio», estaba fuera del tiempo de trabajo para la tesis, un placer, un capricho mediante el cual adquirir algunas herramientas para entender el torbellino de impresiones en que me hallaba inmersa.

No recuerdo exactamente como sucedió, quizá algo cayó entre mis manos, en cualquier caso ¿por qué no me estaba permitiendo leer a Foucault en mi tiempo de trabajo? Al fin y al cabo estaba haciendo una tesis ¿no era ese el lugar apropiado? Decidí que tenía el derecho de hacerlo, que para eso había llegado hasta allí y, entre transcripción y transcripción, empecé por *El poder psiquiátrico*, un curso en el que se hacía mucho más evidente que en los libros el proceder genealógico de Foucault sobre los mecanismos de saber-poder, precisamente aquéllos que constituían el núcleo de mi investigar, el dispositivo psiquiátrico; retroceder, derivar, desdecirse, cambiar de rumbo, faltar a las promesas, todo ello estaba permitido.

Allí, en Finlandia, también me asaltó la pregunta ¿qué era mi tesis? Mi tesis se había convertido en pura acción en la que imbricaban las múltiples escenas del activismo y del proyecto de equipo, la vida había transmutado en etnografía, un interrogar a la mecánica interna de funcionamiento de los dispositivos de salud mental, a aquello que suscitaban las charlas y denuncias de vulneración de derechos humanos en las que estaba inmersa, a los espacios regionales y estatales de producción de políticas públicas en los que actuábamos, a las pequeñas victorias y derrotas, a las tensiones y lógicas internas del activismo loco también preñadas de intensidades, dónde también irrumpían los malestares de unas y otros, dónde también el racismo, el sexismo y el neofascismo hacían

acto de presencia,²³ la tesis había transmutado en un ensamblaje de afectos, complicidades, encuentros, enfrentamientos, escenas que se sucedían sin descanso y retumbaban al unísono.

Ese segundo año de doctorado llegué a desplegar la práctica de grabarme cotidianamente a mí misma, no había tiempo para la escritura, detallando tal o cual conversación, encuentro, espacio de lucha, tal o cual intriga, tal o cual descubrimiento. Mi tesis se había definido como la promoción de una transformación de las prácticas de atención a la salud mental, enmarcada en la erradicación de las violencias que aquella Convención de derechos humanos permitía reivindicar. Todo lo que acontecía en mi vida era, en cierto sentido, material para una investigación-acción en la que yo misma era investigadora y agente clave, todo estaba en continuo movimiento.

Cuando volví a Barcelona en noviembre del 2019 la cosa estaba clara en mis adentros. Era imposible que aquella transformación pudiera enmarcarse en una tesis, el punto de ataque —la Fundación proveedora de servicios públicos y «comunitarios» colaboradora del proyecto— era inadecuado, poco iba a transformarse mientras no cambiasen las leyes estatales y regionales que posibilitaban la incapacitación jurídica y el internamiento y tratamiento forzosos.

Además, las personas más gravemente violentadas y psiquiatrizadas, eran atrapadas, movidas, derivadas, vulneradas, torturadas, cosificadas, reducidas a la impotencia, segmentadas por funciones, no en un dispositivo o servicio estanco, sino en un complejo «circuito de salud mental» en que imbricaban múltiples servicios ensamblados —y en Catalunya privatizados—, con sus disputas internas enmascaradas, circuito en el que la responsabilidad ante el otro quedaba diluida y estratificada por jerarquías internas, por funciones profesionales y de servicios. Circuito cuya mecánica de funcionamiento se modulaba desde un contexto gubernamental mucho más amplio y respondía —en sus múltiples segmentos interconectados— a la lógica del coste-beneficio, a los criterios de pago biomédicos y neoliberales establecidos desde arriba. En fin, toda una amalgama heterogénea de leyes, protocolos, actores, servicios, disciplinas, criterios de pago y prácticas de gobierno en las que dicha Fundación estaba inmersa, de las que participaba, a las que respondía, y dónde las personas más gravemente psiquiatrizadas en tanto objetos de intervención de una multiplicidad jerarquizada y segmentada estaban siendo

²³ Véase para un desarrollo de esta cuestión en el contexto español y catalán la tesis doctoral de Grecia Martínez Guzmán (2022), compañera y amiga con quien he compartido parte importante de mi trayectoria en el activismo loco.

vulneradas y violentadas por la unidad sin rostro del «circuito», más allá de la crítica interna y/o las buenas intenciones de cada quién.

Este sistema crecientemente mercantilizado y biomédico también estaba generando un importante malestar y contradicción entre algunas de las personas que debían implementarlo. En aquella época algunos grupos profesionales críticos se venían autoorganizando contra la creciente gobernabilidad neoliberal de la salud mental en defensa de la salud pública, y denunciando —entre otros— la privatización, precarización, fragmentación y descoordinación de la asistencia, su hospitalocentrismo, la tendencia sistémica al aumento de las prácticas de coerción y los efectos de creciente individualización y medicalización de todo tipo de malestares.²⁴ La crítica al modelo biomédico y al «uso abusivo» de algunas prácticas de violencia, y muy particularmente de la contención mecánica, era generalizada en los discursos profesionales críticos. En algunos casos llegó a haber acuerdo entre organizaciones de profesionales, de personas psiquiatrizadas y de familiares con respecto a la abolición de la contención mecánica, planteándose que el sistema de salud mental situaba al profesional entre «la coerción o el abandono» y a la persona asistida entre «el sometimiento y el desamparo» (Asociación Española de Neuropsiquiatría et al., 2016). De hecho, por primera vez las *Estratègies 2017-2020 del pla director de salut mental i addiccions* y del *Pla integral de salut mental i addiccions* (2017-2019) de la Generalitat de Catalunya, que estaban enmarcadas en las políticas Europeas y de la OMS, y que habíamos contribuido a elaborar desde el «movimiento en primera persona», habían incluido en sus líneas estratégicas como ejes clave la participación de las personas afectadas en vinculación a la «promoción» o respeto de los derechos humanos en los contextos asistenciales, con el ánimo de «tender» a la contención mecánica o.²⁵

No obstante y entre otros, el internamiento forzoso en que la contención mecánica y otras prácticas de violencia se hacen posibles permanecía altamente desproblematicado desde las organizaciones de profesionales. Además, el mandato de la CDPD era todavía

²⁴ A este respecto véanse, entre otros, la Declaración de Atocha. En defensa de la atención pública a la salud mental (Movimiento en Defensa de la Atención Pública a la Salud Mental, 2014); el Manifiesto en Cataluña para la creación de una Plataforma en defensa de la atención pública en salud mental y la Declaración de Barcelona (síntesis del Manifiesto) (Plataforma per la Defensa de l'Atenció Pública en Salut Mental a Catalunya, 2014); y el Comunicat per a la Fundació de la Marató de Tv3 per avançar en la salut mental comunitària i superar reduccionismes en salut, Barcelona 17 de juny 2021 (Junta de l'ACPSM-AEN Catalunya, 2021).

²⁵ «Línea estratégica 2. Mejorar las prácticas asistenciales en relación con los derechos de las personas y potenciar nuevas capacidades de participación y empoderamiento de las personas usuarias de los servicios» (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2017, p. 55); «Línea estratégica 3. Promoción de los derechos y mejora de la atención en los entornos asistenciales» (Generalitat de Catalunya, 2017, p. 24).

muy desconocido, y rotundamente rechazado en cuanto a la abolición del internamiento y tratamiento forzoso desde las altas instancias del gobierno Catalán y Español.²⁶ Por ejemplo, en Catalunya no fue hasta finales del 2022 cuando, por primera vez, una organización de profesionales se posicionó a favor de la abolición del internamiento involuntario (Comitè d'Ètica Assistencial FCCSM, 2022). Lo hizo en respuesta a las luchas del movimiento loco, sí, pero también en respuesta al giro radical del gobierno de la Generalitat de Catalunya en aparente apoyo al mandato de la CDPD, cuyo Comité de Bioética durante largo tiempo se negaba en rotundo a aceptarlo.²⁷ Dicho giro se dio, no en respuesta a las demandas del movimiento local de personas psiquiatrizadas, sino en respuesta a las más recientes políticas *QualityRights* de la OMS, basadas en la CDPD y elaboradas con la participación del movimiento a escala internacional (OMS, 2022). Éstas fueron presentadas en Catalunya el 5 de octubre del 2022 y están pendientes de cristalizar en el *Pacte Nacional de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya*, cuyos objetivos contemplan «incluir las conclusiones» de la CDPD (Generalitat de Catalunya, 2023).

Cuando a finales de 2019 volví de Finlandia me dije que en todo caso eran las «unidades circuito», mediante las cuales las prácticas manicomiales habían extendido sus redes a la «comunidad», y toda la amalgama de leyes, protocolos, criterios de pago, planes, corporaciones, dispositivos, etc. la que debía ser transformada. La vulneración de derechos humanos de las personas psiquiatrizadas era violencia de Estado sistémica ensamblada a la empresa neoliberal de acumulación del capital en el mercado público-privado de la «salud mental». Las micro-resistencias de los agentes particulares —tal o cual profesional—, que también las había, y que a menudo estaban preñadas de contradicciones, tenían un margen de agencia muy limitado: no eran suficientes para transformar el dispositivo de poder sistémico, epistemológico y organizativo, aunque pudiesen marcar una diferencia para una persona particular. Si bien, los servicios de la

²⁶ La negativa del gobierno de España a aceptar el mandato de abolición del internamiento y tratamiento forzoso en salud mental se hizo evidente entre 2020 y 2021, durante la reforma de la «legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica» (Ley 8/2021, de 2 de junio), que —entre otros— mantuvo intacto el internamiento y tratamiento involuntario por motivos de «trastorno psíquico» contra las últimas observaciones del Comité de la CDPD a España (Comité CDPD, 2019) y contra las enmiendas que elaboramos y presentamos desde la Coalición ActivaMent-Hierbabuena (Pérez-Pérez et al., 2020). Esta cuestión es retomada muy sumariamente en las conclusiones.

²⁷ Esto lo sé de primera mano, pues estuve en representación de ActivaMent defendiendo durante prácticamente dos años (2018-2020) el mandato de la CDPD en el *Grup de treball per a la implementació de les directrius del document de voluntats anticipades i planificació de decisions anticipades en salut mental i addiccions*, encabezado por los líderes de la sección de salud mental del Comitè de Bioètica de Catalunya, y su oposición era rampante. También es evidente en sus publicaciones (Comitè de Bioètica de Catalunya y Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya, 2021).

Fundación implicados en la investigación-acción se caracterizaban por un enfoque más crítico y predispuesto al cambio que les condujo a abrirnos las puertas para investigar sus intimidades y lógicas de funcionamiento, algo excepcional en el contexto —pues ninguna otra organización aceptó el proyecto—, la magnitud del problema trascendía en mucho su alcance y agencia, a lo que había que sumar que no había desde el gobierno voluntad política de cambio y que la propia Fundación estaba atravesada por múltiples contradicciones. Fue quizás entonces cuando mi deseo comenzó a desplazarse —como precondition— del énfasis en la transformación al intento de comprensión del dispositivo psiquiátrico/de salud mental.

Hubo consenso en una reformulación del proyecto colaborativo de investigación-acción que me liberaba de aquella tarea imposible,²⁸ y entonces empezó el apremio por la escritura. Recuerdo que mi confusión con respecto a los límites del trabajo académico que debía desarrollar era máxima, ¿qué era después de todo aquello mi tesis? Fue entonces, cuando en una reunión de seguimiento Enrico me lanzó aquella consigna a la que me aferré: «empieza por escribir el contexto de tu investigación». Aquello sonaba bien, ofrecía un punto de partida coherente. No obstante, ¿dónde ir a buscar el contexto de mi investigación? ¿De dónde partir? ¿Cómo establecer sus contornos?

Mientras lidiaba con estas preguntas mi hermano me regaló una edición catalana e ilustrada de la Declaración Universal de Derechos Humanos que había caído azarosamente en sus manos. Yo, que había transmutado en una firme defensora de los derechos humanos, todavía no había acudido a inspeccionar sus fundamentos contemporáneos: La Carta Magna de la Humanidad. Quedé profundamente impactada en aquel encuentro: un sentir, una estupefacción, me fundió con aquel monumento. La ilustración que acompañaba al artículo 1 era una representación del genoma humano, estábamos —sin duda— en la era de la biomedicina, el genoma —supuestamente humano— era un elemento decorativo muy elocuente con el que el presente había vestido aquel monumento de la historia. Sí, fue en el mismo encuentro con el artículo 1 de la Declaración Universal, en el que mi investigar empezó a desplazarse de la investigación-acción a la genealogía, sin que yo lo supiera todavía. ¿No estaba, allí, inscrita en la ontología misma de lo humano, la práctica de la dominación contra la cual luchábamos y, al tiempo, en el mismo gesto, la posibilidad misma de su subversión, nuestra herramienta de lucha más poderosa —en tanto legitimada— contra la opresión?

²⁸ El proyecto de equipo persistió en su despliegue con mi entera implicación. Estuvo atravesado por la pandemia de la COVID-19, y para mí cursó en paralelo a la práctica genealógica hasta diciembre del 2022, fecha en la que culminamos las formaciones y devoluciones de la investigación con las personas participantes.

La Carta Magna de la Humanidad: coordenadas de un (des)encuentro

*Todos los seres humanos
nacen libres e iguales en dignidad y derechos y,
dotados como están de razón y conciencia,
deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.*

Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 1.

El 10 de diciembre de 1948, tras el clímax de muerte y destrucción alcanzado por dos Guerras Mundiales consecutivas y experimentadas por una misma generación, con las imágenes de los atroces exterminios perpetrados por el nazismo como telón de fondo, y ante el apocalipsis atómico de autodestrucción que presagiaba la naciente Guerra Fría, la Tercera Asamblea General de Naciones Unidas, reunida en París, adoptaba y proclamaba por consenso —con ningún voto en contra y ocho abstenciones— la *Declaración Universal de Derechos Humanos* «como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse» (preámbulo, DUDH, 1948)

La «Carta Magna de la Humanidad» —como la llamaba Eleonor Roosevelt—, establecía el régimen ideal y universal de igualdad de derechos y libertades fundamentales destinado a poner límites e imponer deberes al ejercicio de poder del Estado Nación sobre sus poblaciones, fundamentándose en la tradición del derecho natural que había dado nacimiento al régimen democrático moderno, aplicable por principio, a todo «ser humano». No obstante, la identidad común de «ser humano» estuvo en disputa. Así lo revela el uso reiterado de la identidad «hombre» a lo largo del preámbulo. Fue, de hecho, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer con el apoyo constante de la Delegación soviética, la que se encargó —sin éxito completo— de sustituir el rostro de *El hombre*, por el rostro de *Los seres humanos*.²⁹

²⁹ El proceso de elaboración de DUDH involucró la creación de una Sub-Comisión inicialmente dependiente de la Comisión de Derechos Humanos presidida por Eleanor Roosevelt en la que se había depositado el encargo de su elaboración, centrada en la igualdad de género y liderada por Bodil Begtrup, representante de Dinamarca. Ésta reivindicó su autonomía y acabó siendo reconocida como una comisión independiente directamente conectada con el Consejo Económico y Social: la *Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer* (*Commission on the Status of Women*) (ECOSOC, 1946, párr. 11). Bodil Begtrup, continuó presidiendo dicha Comisión, compuesta por mujeres representantes de cada una de las Naciones miembro; quince, en total. Esta mujeres consiguieron enfrentar la oposición y modificar casi todo el lenguaje sexista de la Declaración, cuyas formulaciones tendían al uso del masculino genérico en prácticamente todas aquellas referencias al «ser humano». Para un análisis de esta cuestión véase Morsink (1999b).

La Declaración Universal, como producto del devenir histórico —y herramienta contemporánea de las luchas democráticas contra la opresión—, constituye el monumento de derecho humano por excelencia al que interrogar sobre la matriz ontológica de dominación y emancipación interhumana que, todavía hoy, nos es contemporánea. El carácter arqueológico y monumental de esta Carta Magna de la Humanidad, estrechamente vinculado a su declarada universalidad, y performativamente consolidado por las continuas invocaciones, homenajes y reproducciones de las que son objeto privilegiado sus inscripciones —las más universalmente consagradas de la historia³⁰— estuvo, además, explícitamente inscrito en su arquitectónica.

El jurista francés René Cassin (1887-1976), a quien míticamente se atribuye tanto la «paternidad» de la DUDH como la escritura del primer borrador,³¹ y efectivamente quien propuso y defendió conferirle el carácter de «universal» contra la creciente estabilización del término «internacional»,³² la presentó —ante su incipiente proclamación— como «un monumento de derecho de personas, protector de los hombres de todos los lugares, de todos los territorios, de todas las confesiones» (Cassin citado en, Paucar-Vélez 2015, 2). Interessantemente, Cassin concibió este monumento del derecho humano como el «pórtico de un Templo griego clásico: con los cimientos, la escalinata, y cuatro columnas coronadas por el frontón» (ACNUDH, 2018, p. 1).

Eligió la palabra con cuidado, pues sabía que la Declaración nunca podría ser más que una entrada a un mundo mejor. En la imagen de Cassin, el Preámbulo, con sus siete majestuosas cláusulas, representaba la escalinata del pórtico. Los principios generales de dignidad, libertad, igualdad y fraternidad (proclamados en los Artículos 1 y 2) eran los

³⁰ En la transición al siglo XXI, la DUDH despuntó marcando un hito histórico que es celebrado como indicador de su universalidad y que no deja lugar a dudas sobre su carácter monumental. Desde 1999 constituye el documento más traducido a distintas lenguas de la historia, lo que le ha valido su entrada al *Guinness World Records*. La ontología de lo humano sobre la que se yergue la arquitectónica de este templo monumental ha sido íntegramente recreada en más de 520 idiomas (OHCHR, 2016).

³¹ Si bien, durante largo tiempo Cassin fue reconocido como el «autor», el «padre» y el «arquitecto» de la DUDH, Johannes Morsink ha evidenciado que el primer borrador fue escrito por John Peters Humphrey en base a documentos previos de los que extrajo libremente artículos enteros. Entre estos documentos previos destacaron el texto preparado por el *American Law Institute* que Panamá había ya introducido en la Conferencia de San Francisco, y un texto presentado por el *Inter-American Juridical Committee*. Así, si bien Cassin fue un «miembro de incalculable valor del núcleo interno de redactores» sin duda «exageró su papel cuando en una conferencia de 1958 explicó que había sido «requerido por sus colegas para redactar, bajo mi exclusiva responsabilidad, un primer borrador» de la Declaración. Humphrey tenía razón cuando hizo público en sus memorias algo que había sabido desde el principio, a saber, que «el nuevo texto de Cassin reproducía el mío en la mayoría de sus elementos esenciales y estilo» (Morsink, 1999a, p. 29;9). En 1968 Cassin recibió el Premio Nobel de la Paz, lo que contribuyó a avivar el mito. El registro de la Fundación Nobel todavía lo reconoce como el «Padre de la Declaración de Derechos Humanos» (*René Cassin – Nobel Lecture. Nobel Prize Outreach AB 2023, 2023*).

³² Sobre la labor de René Cassin en el reconocimiento de universalidad en la DUDH, véase Paucar-Vélez (2015) y Sluga (2010).

cuatro cimientos del pórtico. El cuerpo principal de la Declaración se compone de derechos dispuestos en cuatro columnas: los derechos relativos al individuo como tal (Artículos 3 a 11); los derechos del individuo en relación con los demás y con diversos grupos (Artículos 12 a 17); las libertades espirituales, públicas y políticas (Artículos 18 a 21); y los derechos económicos, sociales y culturales (Artículos 22 a 27). La Declaración está coronada por un apéndice (Artículos 28 a 30) que vincula al individuo y a la sociedad y sitúa los derechos enumerados en el contexto de los límites, los deberes y el orden social y político [la democracia] en el que deben realizarse (Glendon, 2001, párr. 18.7).

Dicha arquitectónica revela —con acierto— cómo primer vínculo de procedencia de los derechos humanos en el espesor de la historia la entrada a un lugar de culto occidentalocéntrico a lo democrático que hunde sus raíces en el gobierno patriarcal y esclavista de la *polis* de la Antigua Grecia. Donde la igualdad y la libertad asentada —al igual que en la DUDH— en la «dotación de la razón», era el privilegio de esos pocos hombres libres destinados a mandar y gobernar, únicos ciudadanos de pleno derecho a los que el resto, las personas esclavizadas, las mujeres, los infantes, —de muy distintas formas—, estaban destinados a obedecer (Aristóteles, *Política*, Libro I. Capítulo V, 1260a 6-8). De hecho, como demostró Hanna Arendt (1958/2003), la libertad del ciudadano griego y su dedicación a la esfera pública de la *polis*, esto es, la entrada a la condición de lo que era considerado «plenamente humano», tenía como condición misma de posibilidad el ejercicio de dominio y el sometimiento a la servidumbre —entre otros— de los cuerpos esclavizados y de las mujeres, en la medida en que dicha servidumbre era la que permitía que el hombre ciudadano se liberase del *laborar*. Esto es, de las tareas «domésticas» y «privadas» imprescindibles para la supervivencia y compartidas con el animal, de la servidumbre que imponían los ciclos repetitivos y biológicos de la vida. Por ejemplo, a propósito de la esclavitud:

Los antiguos [...] creían que era necesario poseer esclavos debido a la servil naturaleza de todas las ocupaciones útiles para el mantenimiento de la vida. Precisamente sobre esta base se defendía y justificaba la institución de la esclavitud. Laborar significaba estar esclavizado por la necesidad, y esta servidumbre era inherente a las condiciones de la vida humana. Debido a que los hombres estaban dominados por las necesidades de la vida, sólo podían ganar su libertad mediante la dominación de esos a quienes sujetaban a la necesidad por la fuerza. La degradación del esclavo era un golpe del destino y un destino peor que la muerte, ya que llevaba consigo la metamorfosis del hombre en algo semejante al animal domesticado. La institución de la esclavitud en la antigüedad, aunque no en los últimos tiempos, no era un recurso para obtener trabajo barato o un instrumento de explotación en beneficio de los dueños, sino más bien el intento de excluir la labor de las condiciones de la vida del hombre. Lo que los hombres compartían con las otras formas de vida animal no se consideraba humano. [...] ésta era también la razón del malentendido que ha suscitado la teoría griega sobre la no humana naturaleza del esclavo. Aristóteles, que argumentó dicha teoría de manera tan explícita, y luego, en su lecho de muerte, liberó a sus esclavos, no fue tan inconsistente como se inclinan a creer los modernos. No negó la capacidad del esclavo para ser humano, sino únicamente el uso de la palabra «hombres» para designar a los miembros de la especie mientras estuvieran totalmente sujetos a la necesidad (Arendt, 2003, p. 100).

«Todos los seres humanos... dotados como están de razón y conciencia...» (Art. 1, DUDH, 1948). La «dotación de la razón», aparece en el primer artículo de la DUDH — esto es, en lo que Cassin concibió como los cimientos del Pórtico Griego— como el atributo primigenio, distintivo, natural y universal del «ser humano» al que, en tanto ontología fundacional, quedan *supeditados*, tanto los principios de «libertad», «igualdad» y «dignidad», como el vínculo ético interhumano, no casualmente formulado como «comportamiento fraternal», esto es, como amor entre *hombres* hermanos. Precisamente la dotación de la razón es la que cimienta la ontología de lo humano sobre la que descansa la Declaración Universal, nódulo discursivo por excelencia de legitimación de las relaciones de dominación, heredado de la Antigua Grecia, que fue puesto a funcionar de manera esencialista en el incipiente proceso de conquista, colonización y evangelización de *Abya Yala* o el «Nuevo Mundo». Coordinada dónde debemos situar el nacimiento de la tradición del *derecho natural* en la que asientan los derechos humanos (Álvarez-Uriá, 2014; Dumont, 2009; Mora Hernández, 2014), si bien, este *locus* de emergencia ha tendido a ser borrado en la historiografía anglosajona dominante, que suele remitir la procedencia de los derechos humanos a las revoluciones inglesa, americana y francesa de los siglos XVII y XVIII (Lauren, 2013; Morsink, 2009).

No obstante, los derechos naturales inalienables fueron un invento de la Escuela de Salamanca, también denominada Escuela Española de la Paz o Escuela del Derecho Natural, que se prolongaba hacia Portugal y la actual América latina. Los teólogos dominicos que la conformaban se formaron con Francisco de Vitoria (1483-1543) y fueron una de las primeras órdenes encomendadas a la evangelización del «Nuevo Mundo», donde se vieron interpelados por la brutalidad de la conquista y colonización y se posicionaron contra la esclavización de las poblaciones amerindias y por su derecho de autogobierno, aunque no cuestionaron —en lo fundamental— la tarea civilizatoria de evangelización.³³ Algunas de las figuras más reconocidas, además de Francisco de Vitoria, fueron Bartolomé de las Casas (1484-1566), Domingo de Soto (1494-1560) y Bartolomé de Carranza (1502-1576). En sus desarrollos es dónde cabe situar los primeros antecedentes de los derechos humanos, avalados por la invención de categorías tales como la de «naturaleza humana natural» y la de «género humano», categorías que

³³ Tampoco Bartolomé de las Casas, quien, como ha mostrado Enrique Dussel consideraba que era «ilegítimo imponer a los indios una dominación contra su voluntad», al tiempo que era «igualmente ilícito al español escapar a la responsabilidad de salvar a los indios predicándoles el cristianismo. Luego, la única solución [era] que los indios se gobernaran regionalmente a sí mismos bajos el imperio del rey de España, habiendo acogido la fe cristiana racional y libremente», para lo cual cabía darles un tiempo (Dussel, 2003, p. 700).

emergieron en vinculación a lo que conceptualizaron como ese primer Imperio de la Razón, cuyo impulso secular dio lugar a la primera modernidad —católica, del sur y comunitarista— la cual fue desplazada por la segunda modernidad —protestante, del norte y capitalista— (Álvarez-Uría, 2014; Dussel, 2003; Mora Hernández, 2014).

El primer gran debate sobre los derechos naturales —o humanos— suele situarse, desde esta perspectiva, en la Controversia de Valladolid (1550-1551) que puso una pausa a la conquista de la Corona de Castilla para valorar si estaba siendo justa, y que constituye uno de los puntos reflexivos de partida de los estudios decoloniales en lo que concierne la lógica colonial de producción de lo humano (De Sousa Santos, 2006; Dussel, 2003; Maldonado-Torres, 2007; Mendoza, 2006; Mignolo, 2000). En la Controversia de Valladolid (Dumont, 2009; Hanke, 1985) Bartolomé de las Casas —conocido como el protector de las Indias— se enfrentó a Ginés de Sepúlveda (1490-1573) —experto en Aristóteles— para defender la humanidad de los amerindios. La Controversia de Valladolid derivó, así, en un juicio a «la humanidad» de los cuerpos «indios» defendida por Bartolomé y formalmente reconocida por la Iglesia Católica, con lo que se produjo una suerte de «humanización» formal —aunque no efectiva— de la conquista y colonización bajo la Corona de Castilla, al tiempo que se dio un impulso decisivo al triángulo esclavista de los cuerpos africanos.

No obstante, en vez de restaurar la dignidad humana del amerindio, la “humanización” del amerindio, de acuerdo con los designios del Vaticano y los monarcas españoles acabó fortaleciendo el “derecho” de los españoles sobre las tierras, recursos y el trabajo del Nuevo Mundo. El sistema de explotación de la encomienda permaneció en pie aun después de los debates de “los derechos de las gentes.” La fuerza laboral indígena fue adjudicada a los colonizadores españoles para su usufructo, siempre y cuando se evangelizara a los encomendados a cambio de su trabajo. El “reconocimiento de la humanidad” de los amerindios a su vez, incrementó la demanda de esclavos africanos en las colonias españolas. Al prohibirse la esclavitud del indígena, la importación de esclavos africanos a América se ameritó. De ahí que su estatus de “no verdaderos humanos” sería conservado aun después de la independencia de España de las nuevas naciones de América Latina. La “humanización” del amerindio no tuvo ninguna repercusión tangible en sus vidas. Representó apenas un cambio en su estatus legal dictado por la lejana Castilla. Ni la “deshumanización” del esclavo africano puso punto final a la violencia atroz contra los amerindios. Los amerindios, los esclavos africanos, y la población mestiza que se originó de las violaciones masivas de las mujeres indígenas, jamás lograron alcanzar el estatus ontológico de ser humano de los europeos. Los discursos teológico-legales de los “derechos de las gentes”, que aparentemente pretendían establecer una ética de no violencia en el Nuevo Mundo, no pudieron cambiar para nada el comportamiento abusivo y de explotación hacia las poblaciones no blancas (Mendoza, 2006, p. 89).

Fue entonces, durante la Controversia de Valladolid, cuando la dotación de la razón, como atributo esencial de «lo humano», reestableció el baremo entre «lo humano» capaz de gobierno y dominio y lo «no humano» como objeto o a dominar. La desposesión de la razón fue aquella mediante la cual se decretó de facto la no-humanidad de los

africanos y africanas, su reducción a la animalidad, para así legitimar la continuación del triángulo esclavista que garantizó la acumulación de capital y la transición al capitalismo. No en vano, cuando Bartolomé de Las Casas defendía la condición humana de los amerindios y su derecho de autodeterminación —al tiempo que deshumanizaba a «los negros» y colaboraba activamente en su esclavización, algo de lo que luego se arrepintió³⁴— valiéndose de los recientemente inventados derechos naturales, establecía la libertad y la igualdad natural como una *derivada* de la razón, en la medida en que enfrentaba la llamada teoría aristotélica de la esclavitud natural que veía encarnar en su oponente —Ginés de Sepúlveda—, y a la que él llamaba la doctrina de Aristóteles sobre los hombres «inferiores en cuanto a razón» (Dumont, 2009, p. 209; Hanke, 1985). Más tarde, en *De imperatoria seu regia potestate* —publicada en el 1563—, obra sobre el derecho de autodeterminación de los pueblos donde Las Casas sintetizó su concepción política más acabada derivada del iusnaturalismo, decía:

desde el principio del género humano, todos los hombres, todas las tierras, y todas las otras cosas, por derecho natural y de gentes, fueron libres y alodiales, o sea francas, y no sujetas a servidumbre. En cuanto al hombre se demuestra porque *desde el origen de la naturaleza racional todos los seres humanos nacían libres*. Puesto que siendo todos los hombres de igual naturaleza, no hizo Dios a un hombre siervo, sino que a todos concedió idéntica libertad (énfasis mío, citado en, Álvarez-Uría, 2014, p. 375).

En la ilustración, para cuando la expansión, conquista y colonización Europea haya derivado ya en la hegemonía de la segunda modernidad —protestante, del norte y capitalista— fundamentada en la práctica de la esclavitud y en la naturalización del derecho a la propiedad privada y la acumulación ilimitada de capital y avalada por la matriz del «individualismo posesivo» (Álvarez-Uría, 2014; Macpherson, 2005), la primacía de la razón, como atributo humano distintivo, operará a varios niveles. A nivel intraindividual permitirá instaurar la disciplina de trabajo capitalista a través de la interiorización de la relación amo/esclavo en el seno del binarismo cartesiano mente/cuerpo, donde la Razón se constituirá en la sede de gobierno omnipotente del cuerpo inferiorizado y salvaje al que hubo que desencantar, disciplinar y transmutar en máquina (re)productiva (Federici, 2010); a nivel interindividual constituirá el único vínculo contractual que quede entre los nuevos «individuos libres» concebidos como

³⁴ Por ejemplo, «en 1544 [Las Casas] no sólo acepta la esclavitud de los negros tomándolos a su servicio, como en el caso de los cuatro esclavos negros que obtiene, sino que pone sistemáticamente esta esclavitud al servicio de la colonización y de la propia evangelización. Esto está en absoluta contradicción con el principio de que “todos los hombres son naturalmente libres” que él afirma orgullosamente para condenar esa misma colonización, así como con la liberación que según él lleva a cabo con su concepto de evangelización pura y separada de la colonización». No fue hasta el periodo que va de 1552 a 1559 que Las Casas empiece a arrepentirse de «su colaboración activa en la esclavitud de los negros» (Dumont, 2009, pp. 140-141).

propietarios de sí mismos, y de sus capacidades, listas en el caso de los hombres para ser vendidas en el mercado (Macpherson, 2005);³⁵ y a nivel intergrupar, la razón continuaría siendo ese nódulo discursivo que permita legitimar las relaciones de apropiación y dominación entre los grupos humanos, aquella mediante la cual el hombre blanco, adulto, propietario, heterosexual, cuerdo, cuerpo normativo, se erigió como el ser humano por excelencia: único dotado plenamente de razón y capacidad para el gobierno, único detentador de los derechos civiles y políticos que se conquistaron con la emergencia de la democracia moderna.

Gabriel Bello Reguera (2008, p. 284) —quien en ningún momento recogió los desarrollos de los dominicos salmantinos como antecedente de los derechos humanos—, partiendo del pensamiento de Emmanuel Lévinas y de Jacques Derrida identificó en la «matriz del individualismo posesivo» la paradoja constitutiva de los derechos humanos: por un lado como «la condensación de lo mejor de la ética proporcionada por la tradición filosófica occidental», cuya constelación axiológica y antropológica «la subjetividad individual digna, inviolable, libre e igual» es, sin embargo, «deudora de una antropología configurada según la matriz cultural de la apropiación y la posesividad».

Cassin, que era francés y a todas luces desconocía las raíces del derecho natural — ante la incipiente aprobación de la Declaración Universal— proclamaba que ésta tenía «como basamento, los grandes principios de: libertad, igualdad, fraternidad que la humanidad honra a Francia, tomándolos de la Declaración [de los Derechos del Hombre y del Ciudadano] de 1789».³⁶ La «fraternidad», fue justo aquélla que en la Revolución Francesa—de la que nos ocuparemos en adelante, y que desembocó en la imprevista e impensable Revolución Haitiana en su más preciada colonia—, selló el pacto de dominio de los hombres, entre muchos otros, sobre todas las mujeres metropolitanas, contra la lucha de Olympe de Gouges y su Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana (1791), por entonces, en 1948, todavía perdida en el archivo de la historia (Gaulier, 2003).

³⁵ Tal y como evidenció C. B. Macpherson (2005, p. 15): «El individuo no era visto por la tradición democrático-liberal como un todo moral; tampoco como parte de un todo social más amplio, sino como el propietario de sí mismo. La relación de propiedad, que se había convertido para cada vez más y más hombres en una relación críticamente importante, pues determinaba su verdadera libertad y su verdadera perspectiva de realizar todas sus potencialidades, se ubicaba en la naturaleza del individuo. El individuo —se pensaba— es libre en la medida en que es el propietario de su propia persona y de sus capacidades. Lo esencial del ser humano es la libertad de la dependencia de las voluntades ajenas, y la libertad es función de lo que se posee. La sociedad se convierte en un hato de individuos libres e iguales relacionados entre sí como propietarios de sus propias capacidades y de lo que han adquirido mediante su ejercicio [...] está hecha de relaciones de intercambio [...] se convierte en un artificio diseñado para la protección de esta propiedad».

³⁶ Traducción de Claude Lara (1998, 30).

Poco después del discurso de Cassin, la proclamación de la Declaración Universal de Derechos Humanos en París, fue clamorosamente festejada por la mayoría de participantes —de orígenes culturales diversos—, dada su coincidencia simbólica en «la ciudad de la libertad», el lugar de nacimiento «de los derechos del hombre» y de la «modernidad» (Morsink, 2009, p. 6). En general, quienes elaboraron la Declaración Universal sentían un «parentesco con los revolucionarios estadounidenses y franceses» del siglo XVIII porque «acababan de cortar su propia declaración internacional de derechos de la misma tela moral y filosófica», considerando que estaban haciendo «grandes mejoras en el trabajo comenzado antes» (Morsink, 2009, p. 19).

Las «mejoras» más fundamentales, quedaron inscriptas en el artículo 2 de la Declaración Universal —que para Cassin también formaba parte de sus cimientos— en que cristaliza el reconocimiento de una multiplicidad de luchas políticas contra la opresión que los postulados de igualdad y libertad universal, permitieron exitosamente lanzar contra *El Hombre* ilustrado, quien vanagloriándose de haberlos proclamado, los traicionó. En el artículo 2 encontramos todo un conjunto de marcas de dominación, que vienen a tratar de corregir la ontología de la dominación desde y contra la cual emergieron los Derechos Humanos como desplazamiento equivalente de los Derechos del Hombre. Así, los Derechos Humanos, deben considerarse —a diferencia de los Derechos del Hombre— aplicables a «toda persona [...] sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición», además ninguna distinción fundada en «la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona» (Art. 2. DUDH, 1948).

Cabe mencionar que este «correctivo» que introdujo el derecho humano a la no discriminación fue el más intensamente disputado en el proceso constituyente de las Naciones Unidas, y no precisamente innovación de la Declaración Universal. En la primera fase de las Conferencias de Dumbarton Oaks (1944) (*The Washington Conversations on International Peace and Security Organization*), en la que se reunieron secretamente tres de las cuatro potencias vencedoras de la II Guerra Mundial, los Estados Unidos, el Imperio Británico y la Unión Soviética, acordaron mantener la supremacía masculina-blanca-imperial: en los fundamentos constitucionales de la nueva organización internacional debería vetarse cualquier referencia a «la raza, el género, la religión o a los pueblos indígenas en las posesiones coloniales», además no debería aparecer «ninguna mención sobre los derechos humanos básicos ni en los principios de la organización en su conjunto ni en las funciones del Consejo de Seguridad y la Asamblea General» (Lauren, 2013, p. 173).

China, la única potencia no blanca de los Aliados, que fue invitada en la segunda fase de los preparativos a la Conferencia de Dumbarton Oaks, defendió la inclusión de la «igualdad racial» como principio de la futura Organización de Naciones Unidas sin éxito, al igual que lo hizo años antes Japón en el proceso constituyente de su predecesora, la Sociedad de Naciones (Shimazu, 1998). Consiguió, no obstante, que el acuerdo de Dumbarton Oaks, titulado *Proposals for a General International Organization*, que serviría de base para las posteriores negociaciones de la Carta de las Naciones Unidas en la Conferencia de San Francisco,³⁷ incorporase una modesta referencia a los «derechos humanos y las libertades fundamentales» sin obligatoriedad de cumplimiento (Lauren, 2013, p. 173).

Fue durante la Conferencia de San Francisco —entre el 25 de abril y el 26 de junio de 1945— a la que acudieron 50 Naciones con una nunca vista participación de la sociedad civil, dónde la única mención del acuerdo de Dumbarton Oaks a los «derechos humanos y las libertades fundamentales» y la negativa inicial de las grandes potencias blancas a mencionar «la raza, el género, la religión o a los pueblos indígenas en las posesiones coloniales» quedó completamente subvertida. Cuando el acuerdo de Dumbarton Oaks, fue enviado al resto de Naciones y se hizo público, esa única mención, y las demasiadas omisiones respecto a los principios de la Carta del Atlántico —que ya habían sido ampliamente consignados en La Declaración de las Naciones Unidas (1942)—, bastaron para desatar una tormenta de protestas y alianzas entre la sociedad civil y muchos de los pequeños y medianos Estados: el sentimiento de traición era generalizado (Lauren, 2013, p. 166). Para entonces, mientras las grandes potencias blancas habían alcanzado a vislumbrar que no podrían traicionar sus promesas de guerra tan fácilmente, China se hacía con un apasionado séquito de alianzas. Destacaron, en la defensa de los derechos humanos y la no discriminación a través de la proposición de enmiendas, diversas pequeñas Naciones de América Latina, África y Asia, es decir, quienes habían sido objeto de colonización, si bien Francia las acompañó (Lauren, 2013, p. 180). Además, en el crepúsculo de estas negociaciones, una terrible avalancha estremeció a quienes negociaban: las imágenes de exterminio y crueldad que dejó a su paso el Holocausto Nazi se hicieron públicas bajo el título *Atrocities*.³⁸ Según Lauren (2013, pp. 182–183) este

³⁷ *The United Nations Dumbarton Oaks Proposals for a General International Organization, to be the subject of the United Nations Conference at San Francisco, April 25, 1945.* (1944). Washington Conversations on International Peace and Security Organization. October 7, 1944. Department of State Publication 2297, Conference Series 66, Washington, DC, 1945.

³⁸ El reportaje fue publicado por la revista *Life*, en su volumen 18, del 7 mayo de 1945. Las fotografías retrataban los campos de concentración nazis en el momento en que las tropas aliadas procedían a la liberación.

hecho catalizó un importante cambio entre los delegados Estatales, favoreciendo la legislación en derechos humanos como medio inextricablemente vinculado a la consecución de la paz, la justicia y la seguridad.

La Carta de las Naciones Unidas (1945) con la que culminó la Conferencia de San Francisco, reconoció la «libre determinación de los pueblos» (Art. 1, 55) a constituirse como Estados, e incluyó seis referencias a los «derechos humanos y las libertades fundamentales», cuatro de ellas acompañadas de la especificación «sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión» (Art. 1, 13, 55, 76).³⁹ En consecuencia, el primer derecho humano formulado y consignado por las Naciones Unidas —en su constitución— fue el «derecho humano» a la no discriminación: la Declaración Universal, tan sólo lo expandió reconociendo más ejes de opresión ilegítimos —algunos de ellos tomados de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946)—. ⁴⁰ Además, tuvo el detalle innovador de dejar la lista de motivos de discriminación ilegítima abierta a la reflexividad futura bajo ese aún disputado «o cualquier otra condición» que permitirá desplazar los principios de igualdad, libertad y dignidad a nuevos dominios (Art. 2. DUDH, 1948).

En efecto, el correctivo de no discriminación no fue capaz de capturar todas las formas de dominación derivadas del imperio de la Razón del Hombre, invisibilizando particularmente aquéllas que estaban plenamente naturalizadas y medicalizadas. Pese a las indiscutibles buenas intenciones, la Declaración Universal desplegó una definición de «ser humano» que contribuyó a perpetuar y expandir la exclusión, y la exposición a la violencia impune, de aquellos cuerpos que todavía hoy, desde los márgenes, desafían algunas de las atribuciones esenciales de la concepción (andro)occidentalocéntrica y hegemónica de humanidad.

A pesar de que su cometido era garantizar la igualdad de derechos y libertades fundamentales «sin distinción alguna» reprodujo ontológicamente la asimilación excluyente que identificaba a la «locura» con la «sinrazón», asimilación de la que nació el poder psiquiátrico y, con éste, el amplio abanico de sujetos marcados por la

³⁹ Fue firmada el 26 de junio de 1945, por los 50 Estados miembro representados en la conferencia, y entró en vigor el 24 de octubre de 1945, después de ser ratificada por los miembros permanentes con derecho a veto del Consejo de Seguridad, esto es: Estados Unidos, Reino Unido, la República China, la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, a los cuales se añadió la República Francesa. Debe precisarse que el derecho a la libre determinación de los pueblos, entra en contradicción con su soberanía para constituirse como naciones, pues la condiciona admitiendo «tácitamente que los pueblos colonizados o bajo tutela están sujetos a dirigir sus demandas de independencia a las Naciones Unidas, siempre que se muestren capaces de autogobernarse y de adherirse a las obligaciones que vinculan a los Estados miembros» (Lefort, 2013, p 127).

⁴⁰ Ver Capítulo VI.

«enfermedad mental» para los cuales la igualdad y la libertad era vana. Colaboró así — veladamente— en el mantenimiento y la expansión universalizante de un ámbito de dominación fuertemente afianzado e invisibilizado en su momento, el de la razón del hombre en tanto verdad positiva, sobre su reverso, la locura, en tanto negatividad, error, déficit, infortunio y «enfermedad mental».

Esta exclusión fundacional tenía —y todavía tiene— como correlato material más evidente, como monumento especular a la Razón más intimidatorio, como espacio de concentración-exclusión necesario, al Manicomio, que por entonces —en 1948— permanecía sin grandes cuestionamientos y persistía, precisamente a través de la consagración del «derecho humano a la salud (mental)» que, contra todo antecedente en la legislación internacional y en el derecho natural inauguró la Constitución de la OMS,⁴¹ en su programa de implantación mundial.

⁴¹ Ver Capítulo VI.

CAPÍTULO I

DE LA EMERGENCIA Y PRIMERAS DERIVAS DEL PODER PSIQUIÁTRICO

Ha nacido una sensibilidad, que ha trazado una línea, que ha marcado un umbral, que escoge, para desterrar. El espacio concreto de la sociedad clásica reserva una región neutral, una página en blanco donde la vida real de la ciudad se suspende: el orden no afronta ya el desorden, y la razón no intenta abrirse camino por sí sola, entre todo aquello que puede esquivarla, o que intenta negarla. Reina en estado puro, gracias a un triunfo, que se le ha preparado de antemano, sobre una sinrazón desencadenada. La locura pierde así aquella libertad imaginaria que la hacía desarrollarse todavía en los cielos del Renacimiento. No hacía aún mucho tiempo, se debatía en pleno día: era el Rey Lear, era Don Quijote. Pero en menos de medio siglo, se encontró recluida, y ya dentro de la fortaleza del confinamiento, ligada a la Razón, a las reglas de la moral y a sus noches monótonas.

Michael Foucault

Desde el punto de vista del proceso de abstracción por el que pasa el individuo en la transición al capitalismo, el desarrollo de la «máquina humana» fue el principal salto tecnológico, el paso más importante en el desarrollo de las fuerzas productivas que tuvo lugar en el periodo de acumulación primitiva [...] la primera máquina desarrollada por el capitalismo fue el cuerpo humano y no la máquina de vapor, ni tampoco el reloj.

Silvia Federici

Foucault y la desposesión de la verdad de la locura

El movimiento mediante el cual la «locura» en Europa fue escindida de su fructífera dialéctica con la razón y desprovista del sentido místico y adivinatorio del que gozaba, aún, durante el renacimiento, ese desplazamiento que la transformó en la esencia misma de la «sinrazón» a medida que se abrían paso los proyectos humanista, colonial, capitalista e ilustrado, ha sido ampliamente documentado, entre otros, por Michael Foucault (1998a) y por Fernando Álvarez-Uría (1983). De hecho, el gesto reiterado de repudio que en nombre del gobierno de la razón —del hombre blanco— condujo a la reclusión, el silenciamiento y la medicalización de la locura, fue tanto para Foucault como para Álvarez-Uría la condición negativa de posibilidad del triunfo de la razón ilustrada, en tanto punto nodal de su exterior constitutivo.

la historia de una ratio como la del mundo occidental está lejos de haberse agotado en el progreso de un “racionalismo”; está hecha, en parte igualmente grande aunque más secreta, por ese movimiento por el cual la sinrazón se ha internado en nuestro suelo, para allí desaparecer, sin duda, pero también para enraizarse (Foucault, 2015a, p. 45).

Un gesto decisivo que en su *Historia de la Locura* Foucault estableció sobre un terreno que venía preparándose en la transición entre el medievo y el renacimiento, espacio en el que identificó dos *epistemes* enfrentadas.⁴² Por un lado, la «experiencia trágica o cósmica» de la locura, con valor positivo en términos de saber y de verdad, y por otro, la naciente «conciencia crítica del hombre» que acabó por sepultarla como negatividad y pura sinrazón. Según Foucault en el siglo XV, en un mundo desgarrándose por el imaginario apocalíptico que siguió a la gran pandemia de la peste negra, se pasó del tema demasiado cotidiano y eclipsante de la muerte a la fascinación extática por las imágenes de una locura que «se ríe por adelantado de la risa de la muerte; y [...] al presagiar lo macabro, lo ha desarmado» (Foucault, 2015a, p. 20). Y es que «en el polo opuesto a esta naturaleza de tinieblas» que araba la tierra de cadáveres «la locura fascina porque es saber», «conocimiento difícil, cerrado y esotérico», inocente acceso a la sabiduría cósmica de la que emanan todas las cosas (Foucault, 2015a, p. 23).

El mundo zozobra en el Furor universal. La victoria no es ni de Dios ni del Diablo; es de la Locura. Por todos lados, la locura fascina al hombre. Las imágenes fantásticas que hace nacer no son apariencias fugitivas que desaparecen rápidamente de la superficie de las cosas. Por una extraña paradoja, lo que nace en el más singular de los delirios, se hallaba ya escondido, como un secreto, como una verdad inaccesible, en las entrañas del mundo (Foucault, 2015a, p. 24).

En este augurio del fin de un mundo, en el que la locura reinaba por doquier como acceso a una verdad oculta e inaprensible, esta «experiencia trágica» o «cósmica» de la locura, se vio enfrentada a lo largo del renacimiento con una «conciencia crítica del hombre» inscrita en el orden del discurso y las letras humanistas, que, si bien continuó

⁴² El concepto foucaultiano de «episteme» en tanto el conjunto de relaciones que pueden establecerse entre las formaciones discursivas, las positividades y el saber en una época dada, fue, no obstante, desarrollado con posterioridad a la *Historia de la locura*, y es central en *Las palabras y las cosas* (1969/1998) donde, como muy bien ha señalado Miguel Morey, retoma desde otra perspectiva el archivo que empleó para su *Historia de la locura*: «El umbral de ruptura seguirá siendo el mismo que en sus otros textos: la Revolución francesa, detrás quedará el clasicismo (XVII-XVIII), delante la modernidad de la que somos herederos. Como *‘Historia de la locura’*, su itinerario se inicia en ese momento difuso en el que la Edad Media se abre al Renacimiento. Lo que le interesará especialmente es la diferencia radical que separa a la episteme clásica (que se ordena por representaciones) de la precedente, la episteme renacentista (que se ordena por semejanzas). El nacimiento de la episteme moderna surgirá precisamente abriendo de nuevo otra diferencia radical, ahora respecto a la episteme clásica. Foucault la ejemplifica con la sentencia de Kant según la cual, las preguntas fundamentales de la razón (¿Qué puedo saber? ¿Qué debo hacer? ¿Qué me cabe esperar?) se resuelven en una sola pregunta: ¿Qué es el hombre? “En el fondo -escribe Kant-, todas estas disciplinas (la metafísica, la moral, la religión) se podrían refundir en la antropología, porque las tres primeras cuestiones revierten en la última”» (Morey, 2015, pp. 59-60).

concediendo a la locura un lugar privilegiado, este fue el de la «sátira moral»: donde la locura ya no estaba «unida al mundo y a sus fuerzas subterráneas, sino más bien al hombre, a sus debilidades, a sus sueños y a sus ilusiones» (Foucault, 2015a, p. 26). Desde esta textualidad discursiva, la locura empezó a dejar de ser concebida como «el desgarramiento absoluto» que abre otro mundo, para pasar a ser considerada «solamente en el aspecto irónico de sus ilusiones» como falsa apariencia, espejismo juguetón, error, mentira y defecto (Foucault, 2015a, p. 38). Ya «no tiene tanto que ver con la verdad y con el mundo como con el hombre y con la verdad de sí mismo, que él sabe percibir» (Foucault, 2015a, p. 27) en tanto *medida de todas las cosas*:

Mientras que Bosco, Brueghel y Durero eran espectadores terriblemente terrestres, implicados en aquella locura que veían manar alrededor de ellos, Erasmo la percibe desde bastante lejos, está fuera de peligro; la observa desde lo alto de su Olimpo, y si canta sus alabanzas es porque puede reír con la risa inextinguible de los dioses (Foucault, 2015a, p. 27).

Esta razón humanista que se fue forjando en la creatividad de la utopía desde la prepotencia de la distancia divina, con la confianza de una superioridad altiva, en adelante será la más preciada posesión del *hombre* ilustrado, aquélla que asegure su dominio. En el fragmento anterior Foucault estaba analizando El elogio a la locura de Erasmo de Rotterdam, publicado por primera vez en 1511, estamos pues en esa confluencia histórica en la cual la recuperación renacentista de la cultura patriarcal grecolatina por parte del cristianismo coexiste con el implacable despegue del proceso de conquista y colonización europeo del «Nuevo Mundo», nos situamos en los albores del «siglo de oro español».

A partir de entonces —escribía Foucault—, la «conciencia crítica» se encontró cada vez más de relieve sobreponiéndose a la «experiencia trágica y cósmica», e insertando a la locura en el núcleo mismo de la razón del hombre. Ésta se convirtió en «un momento duro pero esencial en la labor de la razón», animándola como su «fuerza viva y secreta» irguiéndose como su oponente necesaria y su peligro más oscuro (Foucault, 2015a, p. 35). Punto en el que podríamos situar la relación positiva establecida entre locura y genialidad, todavía latente en el espesor de sus múltiples estratos de sentido, en ocasiones romantizada, relación que la invención de la «enfermedad mental» vino a clausurar:

Y es que ahora la verdad de la locura no es más que una y sola cosa con la victoria de la razón, y su definitivo vencimiento: pues la verdad de la locura es ser interior a la razón, ser una figura suya, una fuerza y como una necesidad momentánea para asegurarse mejor a sí misma (Foucault, 2015a, p. 36).

Este movimiento de inserción de la verdad de la locura en el núcleo de una razón que la domina para extraer de ella tan sólo el tributo de su chispa reveladora, juguetona y caprichosa, se dio por concluido, según Foucault, cuando el conjuro cartesiano, en su vivisección inaugural de la segunda modernidad, esto es, de la expansión de la conquista y colonización protagonizada por la Europa del norte, la desterró —en un gesto que perdura en nuestros días— del camino que conduce a la verdad:

La No-Razón del siglo XVI formaba una especie de *peligro abierto*, cuyas amenazas podían siempre, al menos en derecho, comprometer las relaciones de la subjetividad y de la verdad. El encadenamiento de la duda cartesiana parece testimoniar que en el siglo XVII el peligro se halla conjurado y que la *locura está fuera del dominio de pertenencia en que el sujeto conserva sus derechos a la verdad*: ese dominio que, para el pensamiento clásico, es *la razón misma*. En adelante, la locura está exiliada [...] Se ha trazado una línea divisoria, que pronto hará imposible la experiencia, tan familiar en el Renacimiento, de una Razón irrazonable, de una razonable Sinrazón (énfasis mío, Foucault, 2015a, p. 44).

El análisis de Foucault en la Historia de la Locura, que privilegió la dimensión representativa —algo de lo que se arrepintió posteriormente⁴³— y que analizó el trato y las significaciones entorno a la locura como si ésta constituyera una entidad *homogénea y degenerizada*, señalaba que en la baja edad media y en la transición al renacimiento, en Europa, si bien existían algunas «Casas de Locos» para nada comparables al Manicomio pues no estaban inscritas en una racionalidad médica,⁴⁴ los locos —y debemos desconfiar de que esto sea cierto para las locas⁴⁵—, vivían primordialmente bajo medidas de exclusión en «libertad». Así como su estatuto les situaba en una posición umbral como portal de acceso a los secretos del cosmos, entre la zozobra de lo demoníaco y lo divino, su destierro se daba en un espacio liminal y exterior, en un tránsito entre mundos, en un embarco sin destino:

⁴³ Esta crítica a su Historia de la Locura la realiza en la *Clase del 7 noviembre 1973* dónde indica: «Me había quedado en un análisis de las representaciones [...] Yo había situado ese núcleo de representaciones, de imágenes tradicionales o no, de fantasmas, de saber, etc. [...] como el punto de partida, como el lugar dónde tienen origen las practicas introducidas en relación con la locura en los siglos XVII y XVIII [...] había privilegiado la percepción de la locura» (Foucault, 2007a).

⁴⁴ Esto es corroborado también por Álvarez-Uría, quien interpreta que estos lugares estaban diseñados por «los eclesiásticos, y las personas piadosas» con el objetivo de «proteger a los dementes de los escarnios públicos, erigiendo albergues para ellos que inexplicablemente, siguen siendo considerados por los historiadores de la Medicina como los primeros manicomios» (Álvarez-Uría, 1983, p. 96).

⁴⁵ Foucault analizó el tratamiento y las significaciones entorno a la locura recurriendo al masculino genérico para encarnar su personaje principal: el loco. La historia de la locura de las mujeres en la baja edad media y el renacimiento, es decir, el tratamiento diferencial del que podían ser objeto en una sociedad patriarcal, cristiana e inquisitorial está, hasta dónde llega mi conocimiento, por hacer. El internamiento en conventos, la hoguera y las múltiples violaciones probablemente serían destino para muchas de ellas.

Los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante. Las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto; se les dejaba recorrer los campos apartados, cuando no se les podía confiar a un grupo de mercaderes o de peregrinos [...] La navegación del loco es, a la vez, distribución rigurosa y tránsito absoluto. En cierto sentido, no hace más que desplegar, a lo largo de una geografía mitad real y mitad imaginaria, la situación *liminar* del loco en el horizonte del cuidado del hombre medieval, situación simbolizada y también realizada por el privilegio que se otorga al loco de estar encerrado en las puertas de la ciudad; su exclusión debe recluirlo; si no puede ni debe tener como prisión más que el mismo umbral, se le retiene en los lugares de paso (Foucault, 2015a, p. 16).

Contra esta forma de exclusión liminar y abierta, y como correlato material del triunfo aparentemente definitivo de la razón del hombre sobre la locura, Foucault identificó, tras el «conjuro cartesiano» y a mediados del siglo XVII, la emergencia de un dispositivo de dominación disciplinario y por confinamiento en el que la «locura», ya desposeída de todo acceso a la verdad, quedó presa: a éste lo denominó «El Gran Encierro»⁴⁶ (Foucault, 2015a). Este consistió, según Foucault, en la implantación progresiva en toda Europa de una red heterogénea de instituciones de encierro de muy amplio espectro, en las que se confinó de forma indiferenciada a la «miseria», la «inmoralidad», la «ociosidad» y la «inutilidad social» a las que la locura y lo que ahora conocemos como «discapacidad» estaban anexionadas. Reclusión, por lo tanto, de todas aquellas personas cuya existencia desafiara el proyecto de una sociedad colonial y patriarcal, gobernada por la razón, el progreso y el capital: entre ellas «pobres», «mendigos y mendigas», «delincuentes», «locos y locas», «tullidos y tullidas», «imbéciles», «prostitutas», «libertinos y libertinas», «viejas chochas», etc. Este intersticio amurallado cobró inteligibilidad para Foucault como producto de un mismo *mandato de trabajo y una condenación de la ociosidad*:

Antes de tener el sentido medicinal que le atribuimos, o que al menos queremos concederle, el confinamiento ha sido una exigencia de algo muy distinto de la preocupación de la curación. Lo que lo ha hecho necesario, ha sido un *imperativo de trabajo*. Donde nuestra filantropía quisiera reconocer señales de benevolencia hacia la enfermedad, sólo encontramos la *condenación de la ociosidad* (énfasis mío, Foucault, 2015a, p. 57).

El Gran Encierro inauguró así, para la locura —y para muchas otras desviaciones del nuevo orden colonial, patriarcal y capitalista— una nueva era de exclusión desacralizada y por *internamiento*, que la enraizó como «sinrazón» en ese espacio de amplia condena moral, del que veremos surgir en los albores de la revolución Francesa a la primera psiquiatría, el alienismo, y al manicomio. Este dispositivo de dominación operaba, sin duda, como una forma de tutelaje. El internamiento no buscaba el exterminio físico,

⁴⁶ Para un mayor detalle sobre el Gran Encierro véase el capítulo segundo de Historia de la locura en la época clásica, I.

aunque pudiera suponer un mayor riesgo de muerte y consumara de hecho, una muerte política, pues proporcionaba alimento y cobijo, es decir, reproducción de la vida biológica. Constituyó una manera de «encerrar» en «el afuera» lo que no podía ser asimilado «como interioridad de espera o de excepción» (Blanchot, 2008, p. 252).

En los momentos inmediatamente previos a la revolución Francesa el poder real de encierro funcionaba principalmente como transmisor y regulador del ejercicio policial que operaba en las familias, quienes solicitaban la mayoría de los internamientos en todos los casos (Robert Castel, 1980; Foucault, 1996). El rey respondía a la súplica que llegaba desde abajo, haciendo disponible su poder de soberanía a cualquiera que tuviera la astucia y los medios para emplearlo, mientras se apelaba al encierro desde una matriz de relaciones súbdito-súbdito claramente generizada y jerarquizada (Farge y Foucault, 1982; Foucault, 1996). Precisamente porque el mandato de trabajo y la condena de la ociosidad que desembocaron en el Gran Encierro, operaron en clave de género, debemos ahora dar marcha atrás, e inscribir la desposesión de la verdad de la locura y su confinamiento, como parte de esa embestida que posibilitó la transición al capitalismo, y cuyo carácter patriarcal Foucault desatendió. En lo que sigue trataré de mostrar —a través de una articulación que sin duda requiere análisis más profundos— como en territorio europeo, el Gran Encierro sucedió a la expropiación de las tierras comunes y a la Caza de Brujas que acompañaron la conquista y expansión colonial —poder mortífero sin lugar a dudas— en el objetivo común de implementación del «patriarcado del salario» (Federici, 2010).

Entre la Caza de Brujas y el Gran Encierro. La producción de la «máquina humana»

El Gran Encierro emergió en Europa a mediados del siglo XVII afianzando, mediante un imperativo de trabajo y una condenación de la ociosidad, la transición al capitalismo, por lo que desde una perspectiva Foucaultiana podemos situarlo en el espacio anatomopolítico de la disciplina, cuya característica fundamental fue el hecho de tomar por objeto el «cuerpo-máquina» y aplicar sobre éste tecnologías disciplinarias e individualizantes (Foucault, 2007b).

Los análisis de Silvia Federici en *El Caliban y la Bruja* —que retomaron parte de las articulaciones foucaultianas desde una perspectiva feminista y marxista— permiten iluminar una continuidad temporal y un progresivo desplazamiento entre la Caza de Brujas y el Gran Encierro, como dispositivos de dominación que se *relevan* en el proceso de implementación y consolidación del capitalismo en territorio Europeo,

alimentándose de las tácticas de demonización de las poblaciones amerindias desplegadas en el «Nuevo Mundo». En Europa la constante en torno al imperativo de la división sexual del trabajo y los procesos implicados en la lenta pero insidiosa producción de la subjetividad «normal» del hombre asalariado y su esposa, desvelan un mismo gesto —humanista, colonial, patriarcal, capitalista— que, en tanto augurio de la incipiente emergencia de las luces de la Razón, fue desplazando al Antiguo Régimen feudal de tierras comunales, a sus demonios y a esa cosmología y práctica mágica y adivinatoria de la que la locura era parte (Foucault, 2015a) y las mujeres sus mayores practicantes (Federici, 2010).

Como ha mostrado Federici (2010), en pleno proceso de expansión colonial y acumulación primitiva, en el tránsito entre el renacimiento y la época clásica empezó a imponerse en Europa el «patriarcado del salario», es decir, la fórmula primigenia del capitalismo. Este régimen desplazó en Europa al feudalismo mediante la imposición del trabajo asalariado masculino y la exclusión de éste de las mujeres, relegándolas forzosamente a una estricta dependencia masculina y al trabajo reproductivo no remunerado. Para imponerse, en sus comienzos además de expropiar de las tierras comunes al campesinado europeo y ejecutar a los varones que se resistían al trabajo asalariado —pues éste fue percibido como una forma de esclavitud por largo tiempo⁴⁷— tuvo que perpetrar el exterminio femenino más fragante de la historia, a fin de someter a las mujeres a la dependencia masculina y arrebatárles el poder comunitario y el control que ejercían sobre la reproducción y el aborto. Tuvo que instalar el terror, y muchas mujeres fueron demonizadas, torturadas y quemadas en las hogueras a través de las Cazas de Brujas conducidas tanto en Europa como en el «Nuevo Mundo» durante los siglos XVI y XVII.

La caza de brujas fue, por lo tanto una guerra contra las mujeres; fue un intento coordinado de degradarlas, demonizarlas y destruir su poder social. Al mismo tiempo, fue precisamente en las cámaras de tortura y en las hogueras en las que murieron las brujas donde se forjaron los ideales burgueses de feminidad y domesticidad (Federici, 2010, p. 255).

Es evidente que Foucault no alcanzó a percibir el precepto de *división sexual* que subyacía al «imperativo de trabajo» bajo el cual se le hizo inteligible el Gran Encierro,

⁴⁷ Tal como señala Federici apoyándose en los trabajos de Christopher Hill (1975) y C. B. Macpherson (2005), el trabajo asalariado, que hoy tenemos tan naturalizado, no fue cosa fácil de imponer. Durante un largo periodo fue percibido como una forma de esclavitud, una caída en picado hasta el escalafón más hondo de la sociedad. En los siglos XVI y XVII, cuando se impuso la política de expropiaciones de las tierras comunes, muchos hombres preferían «arriesgarse a terminar en la horca» que subordinarse al trabajo asalariado y «la mayor parte de las veces se convirtieron en mendigos, vagabundos o criminales» (Federici, 2010, pp. 183-184).

probablemente porque su análisis «sobre las técnicas de poder y las disciplinas a las que el cuerpo se ha sujetado ignora el proceso de reproducción, funde las historias femenina y masculina en un todo indiferenciado [...] hasta tal punto que nunca menciona uno de los ataques más monstruosos contra el cuerpo que haya sido perpetrado en la era moderna: la caza de brujas» (Federici, 2010, p. 17).

En cualquier caso la Caza de Brujas vehiculó una verdadera cruzada contra la concepción animista de la naturaleza que prevalecía por entonces en Europa formando un «sustrato mágico», un espacio intersticial repleto de poderes y saberes ocultos «que no admitía ninguna separación entre la materia y el espíritu», y donde cada elemento, cada ser, se encontraba en «relación favorable» con el resto, en tanto el cosmos era percibido como un «único organismo viviente» (Federici, 2010, p. 194). En palabras de Foucault (1998, p. 26) «el mundo se enrollaba sobre sí mismo: la tierra repetía el cielo, los rostros se reflejaban en las estrellas y la hierba ocultaba en sus tallos los secretos que servían al hombre».

En Europa la locura era parte de este mundo en su acceso privilegiado al secreto oculto, a la reversibilidad entre lo visible y lo invisible, del mismo modo que las mujeres poderosas practicantes de la magia en las comunidades, dónde ejercían «como hechiceras, curanderas, encantadoras o adivinatoras» (Federici, 2010, p. 240). La imposición del trabajo asalariado masculino requirió cerrar los accesos a «otros mundos», clausurar la cosmología mágica en la que se insertaban los cuerpos para despojar a las mujeres y al campesinado de todo poder. La magia, los hechizos, las profecías... eran la fuente desde dónde aquéllas gentes extraían los poderes de resistencia contra las expropiaciones y la disciplina de trabajo capitalista que se buscaba imponer: el mundo tuvo que «ser desencantado para poder ser dominado» (Federici, 2010, p. 239).

La magia [...] constituyó un obstáculo para la racionalización del proceso de trabajo y una amenaza para el establecimiento del principio de responsabilidad individual. Sobre todo, la magia parecía una forma de rechazo al trabajo, de insubordinación, y un instrumento de resistencia de base al poder (Federici, 2010, p. 238).

La desposesión de la «experiencia cósmica» de la locura en Europa tras su enfrentamiento con la «conciencia crítica del hombre» emerge así, como parte de un mismo proceso de apropiación y dominio que se nutre de la arqueología de lo perfecto en la cultura grecolatina y que cursa con la colonización, la esclavización y el exterminio en las colonias, así como con la destrucción en Europa de todo «un universo de prácticas, creencias y sujetos sociales cuya existencia era incompatible con la disciplina del trabajo capitalista» (Federici, 2010, p. 224).

La violencia ejercida en Europa contra las formas de vida y de conocimiento precapitalistas, y en especial contra la autonomía e independencia de las mujeres, que fueron sometidas a un terror de estado y entregadas a los hombres «como nuevos bienes comunes y como sustituto de las tierras» privatizadas (Federici, 2010, p. 147), dio lugar a una drástica reconfiguración de las relaciones entre los sexos a través de la familia como la «institución más importante para la apropiación y el ocultamiento del trabajo de las mujeres», «complemento del mercado» e instrumento de «privatización de las relaciones sociales» y «propagación de la disciplina capitalista y la dominación patriarcal» (Federici, 2010, p. 149).

Aunque Foucault desatendió la Caza de Brujas y Federici no llegó a analizar en profundidad la continuidad que ésta establece con el Gran Encierro⁴⁸ —y con la emergencia del Manicomio—, tanto la sucesión temporal de los hechos como los objetivos comunes, hacen plausible pensar que el dispositivo de disciplinamiento orquestado por el Gran Encierro relevó progresivamente a la Caza de Brujas en el programa capitalista que dará lugar a la producción de la subjetividad «normal» —burguesa— del trabajador asalariado y de su esposa, a medida que el diablo fue siendo desplazado por las luces y que el sometimiento de la feminidad se consolidó a golpe de llamas.

Federici estableció el periodo de mayor intensificación de la Caza de Brujas entre finales del siglo XVI y la primera mitad del XVII en coincidencia con la crisis socioeconómica, y las sublevaciones campesinas contra la privatización de la tierra «que incluyeron los levantamientos en contra de los “cercamientos” en Inglaterra (en 1549, 1607, 1628, 1631), cuando cientos de hombres, mujeres y niños, armados con horquillas y palas, se lanzaron a destruir las cercas erigidas alrededor de los campos comunes, proclamando que “a partir de ahora nunca más necesitaremos trabajar”» (Federici, 2010, p. 240). Así mismo, Federici fechó la *derrota* de la resistencia de las mujeres tras este periodo de persecución intensificada, junto con la construcción de un nuevo modelo de feminidad, que dejaba atrás la táctica de demonización que construyó a las mujeres como «seres salvajes, mentalmente débiles, de apetitos inestables, rebeldes, insubordinadas, incapaces de controlarse a sí mismas» (Federici, 2010, p. 179).

A partir de esta derrota surgió un nuevo modelo de feminidad: la mujer y esposa ideal —casta, pasiva, obediente, ahorrativa, de pocas palabras y siempre ocupada con sus tareas.

⁴⁸ Federici no se detiene a analizar este desplazamiento pero sí lo sitúa por analogía en el despliegue capitalista: «En este sentido, y de un modo similar al ataque a la “cultura popular” y el “Gran Encierro” de pobres y vagabundos en *workhouses* y casas correccionales, la caza de brujas fue un elemento esencial de la acumulación primitiva y de la “transición” al capitalismo» (Federici, 2010, p. 224).

Este cambio comenzó a finales del siglo XVII, después de que las mujeres hubieran sido sometidas por más de dos siglos de terrorismo de Estado (Federici, 2010, p. 179).

Por su parte Foucault estableció el inicio del periodo del Gran Encierro a mediados del siglo XVII, unos 20 años después de la intensificación de la Caza de Brujas, concretamente en el 1656, a partir del decreto de fundación en París del *Hôpital Général* (Foucault, 2015a). Su análisis, que obvió la Caza de Brujas, ilumina sin embargo el carácter transicional entre ambos dispositivos. Foucault notó que, aunque las «condenaciones por la práctica de la brujería o las empresas mágicas» se hicieron «muy raras a fines del siglo XVII» no desaparecieron del todo «las prácticas condenadas» y «el *Hôpital Général* y las casas de internamiento reciben, en gran número, gentes que se han dedicado a la hechicería, a la magia, a la adivinación, a veces también a la alquimia». Y es que:

Todos aquellos viejos ritos de la magia, de la profanación, de la blasfemia, todas aquellas palabras en adelante ineficaces pasan de un dominio de eficacia en que tomaban su sentido, a un *dominio de ilusión* en que pasan a ser insensatas y condenables al mismo tiempo: el de la *sinrazón*. Llegará un día en que la profanación y todos sus gestos trágicos no tendrán más que el sentido patológico de la obsesión (énfasis mío, Foucault, 2015a, p. 84).

En el conjuro cartesiano, la desposesión de la verdad de la locura y la aniquilación de la magia confluyeron con la mecanización y la desacralización del cuerpo en un mismo programa que dio lugar a la creación de un nuevo «modelo de persona» que servirá a las necesidades de desarrollo del capitalismo;⁴⁹ cuya primera fabricación tecnológica no fue «el reloj ni la máquina de vapor», sino la «máquina humana» (Federici, 2010, p. 201). Las elucubraciones de la filosofía mecanicista vinculadas a las prácticas anatómicas de la disección y de la vivisección —que Descartes practicó con tanto entusiasmo— hicieron del cuerpo humano una materia inerte y desposeída en la que el corazón trasmutó en un

⁴⁹ Esta es la tesis que plantea Silvia Federici en el capítulo El Gran Caliban. La lucha contra el pueblo rebelde (2010, p. 179-218). Dónde sostiene que el «modelo de persona cartesiano», triunfará sobre el hobbesiano en la medida en que permite la internalización de los mecanismos de dominio a través de la razón, y con ello el trabajo voluntario y el gobierno consentido, en lugar de negar la posibilidad de la razón libre del cuerpo-autómata, y hacer recaer de forma absolutista el gobierno en el Estado. Es interesante notar que además, la filosofía cartesiana, tal y como han mostrado Fernando Álvarez Uría y Julia Varela, resuelve el problema de la *presencia del demonio en el mundo*, ahondando el proceso de secularización y allanando el camino para el surgimiento de las ciencias naturales: «El problema recubre todo el siglo XVII empapando la historia y el pensamiento europeo. Es el tema central del Discurso del Método (genio maligno y engañador contra ideas claras y distintas) [...] Poco importa que Dios se convierta inmediatamente en la garantía del pensamiento, lo decisivo es que la razón es afirmada en sí misma y dotada de autonomía. Pero para que la razón brille con todo su esplendor va a ser necesario que desaparezcan las zonas de tinieblas, los espacios nocturnos sometidos a la jurisdicción de Satanás. El fenómeno de la desaparición del Diablo es de capital importancia ya que es la condición de posibilidad de la emergencia de la moderna idea de naturaleza sobre la que se asientan las ciencias naturales y en particular la física y la medicina (Álvarez-Uría y Varela, 1994, p. 25).

«resorte», los nervios en «fibras» y las articulaciones en «ruedas», nutriendo en la transición al capitalismo tanto las conceptualizaciones en torno al Estado cómo aquellas referidas a la naturaleza humana.

El nuevo «individuo» que permitió articular el principio de responsabilidad individual tan necesario para la implementación de la disciplina de trabajo capitalista, dejó atrás la cosmología mágica que lo animaba y conectaba con los poderes ocultos del mundo, para escindirse en dos esferas e internalizar la relación de dominación amo/esclavo a partir del binarismo jerarquizado mente-cuerpo (Federici, 2010). Dónde la mente, bajo el gobierno absoluto de la Razón disipará todas las ilusiones y mediante el ejercicio de la voluntad individual, el autocontrol y la autodisciplina, hará del cuerpo —lascivo, ocioso, salvaje— su principal enemigo, su objeto de observación y su propiedad a dominar, para acabar extrayendo de la docilidad así preparada, una fuente inagotable de fuerza disciplinada de trabajo, productivo y reproductivo (Federici, 2010), nacimiento por tanto de la «anatomopolítica» (Foucault, 2007b).

la supremacía de la voluntad permite la interiorización de los mecanismos de poder. Por eso, la contraparte de la mecanización del cuerpo es el desarrollo de la Razón como juez, inquisidor, gerente (*manager*) y administrador. Aquí encontramos los orígenes de la subjetividad burguesa basada en el autocontrol (*self-management*), la propiedad de sí, la ley y la responsabilidad [...] el modelo cartesiano muestra que el Poder puede ser descentralizado, difundido a través del cuerpo social sólo en la medida en que vuelve a plegarse en la persona, de esta manera la persona es reorganizada como un micro-Estado (énfasis original, Federici, 2010, p. 206).

El patriarcado del salario en tanto nueva forma de reproductibilidad social se asienta, por tanto en un régimen despiadado en el que los procesos de colonización, conquista y exterminio encuentran *su espejo* en una profunda reconfiguración en el plano ontológico de «lo humano» orientada a internalizar esas mismas relaciones de dominio, apropiación y cosificación a través del enfrentamiento entre la Razón y el Cuerpo (Federici, 2010; Lugones, 2016).

Y será precisamente esta nueva ontología que inauguró el cartesianismo, intrínseca a la concepción de la «identidad individual» propia del capitalismo, la que hará inteligible la superposición y diferenciación entre las codificaciones sociales de «enfermedad mental» y «discapacidad». Estas categorías acabarán por delimitar aspectos complementarios del *exterior constitutivo* de la ontología todavía hegemónica de lo humano que sirvió a la reproductibilidad de ese Nuevo (orden del) Mundo. Ambas quedarán conformadas desde el *mismo mandato de división sexual del trabajo y condenación de la ociosidad*, como aquello que no puede ser asimilado a los mecanismos de reproducción del capitalismo. La «locura» desprovista de valor de *verdad positiva*,

identificada como carencia de la más preciada capacidad humana de autogobierno, la Razón misma, transmutó en «enfermedad mental». Por su parte, la discapacidad o *deficiencia*, de constitución más tardía, fundará su arquitectura en la «diferencia corporal» respecto al modelo del «cuerpo-máquina», requerido para (in)corporarse en los engranajes del trabajo (re)productivo, el cual tuvo que destruir la concepción del cuerpo «como receptáculo de poderes mágicos que había predominado en el mundo medieval» (Federici, 2010, p. 194), cuerpo sobre el cual encuentra su fundamento el más contemporáneo «cuerpo-biomédico».⁵⁰

En la transición entre los dispositivos de dominación Caza de Brujas y Gran Encierro se produjo ese giro decisivo, en el cual la razón del hombre se asentó cómodamente sobre el dominio de los cuerpos esclavizados y, en Europa, sobre la derrota del campesinado y de las mujeres, para desterrar, en un mismo gesto, al poder subversivo de la mística mágica y a la «experiencia cósmica de la locura». Álvarez-Uría, quien a menudo se refería a este tránsito como *el fenómeno de desaparición del demonio*, en los años 80, escribía:

Al apagarse las hogueras de los endemoniados, surgió de sus cenizas, como si se tratara de un fantasma, la locura, privada de todo sentido, para ser encerrada en oscuras celdas, de las que, paradójicamente, se servirá más tarde la psiquiatría para triunfar sobre ella, mostrando su carácter luminoso y sus humanitarios principios. En un mundo teocrático, la alianza con el demonio constituía un crimen a la sociedad, del mismo modo que, en un mundo dominado por la diosa Razón, lo constituirá la locura (Álvarez-Uría, 1983, p. 22).

Este tránsito no se hizo sin extraer de las brasas y la sangre derramada, pozos de sabiduría. El despliegue infernal de la Caza de Brujas nutrió la emergencia de un nuevo poder en expansión —masculino, técnico, científico— que restituyó los saberes malditos para perfeccionar, bajo el sol de la racionalidad, el arte de la dominación. La medicina patriarcal, se instituyó sobre la apropiación del saber «venenoso» y la práctica «demoníaca» de las curanderas que ardieron en la hoguera e inspiró sus métodos en las cámaras de tortura, para acabar alzando sobre la exclusividad del naciente imperio los cimientos de la medicina y la farmacéutica contemporáneas (Álvarez-Uría, 1983; Federici, 2010). En palabras de Fernando Álvarez-Uría:

Los médicos se beneficiaron de la gran ofensiva lanzada por la inquisición contra las brujas, hechiceras, moriscos y otros representantes cualificados de la “medicina popular”. Quizá esto explique el silencio de la medicina respecto a las prácticas curativas que todos ellos ejercitaban en aldeas y comunidades locales [...] Aún más, la bruja adquirió un estatuto de envenenadora y conocedora de diferentes hierbas tóxicas, así como de remedios misteriosos de los que se apropiarán médicos y farmacéuticos, los cuales aparecerán como los dosificadores de los venenos que, en virtud de los principios

⁵⁰ Ver Capítulo VII.

cartesianos de orden y medida, se convertirán en sus manos en remedios curativos (Álvarez-Uriá, 1983, p. 23).

Veremos además nacer, de la desarticulación del Gran Encierro el expansivo dispositivo de poder-saber psiquiátrico, y su institución fundacional, el Manicomio. Sus artífices heredarán, como hombres ilustres y racionales, «los poderes carismáticos y taumatúrgicos del exorcista y del inquisidor» (Álvarez-Uriá, 1983, p. 158). Y mediante el ejercicio de su gobierno absoluto y su poder soberano en el nuevo reino del Manicomio, practicarán la objetivación exhaustiva y la taxonomía ponderada de las personas secuestradas, encerradas y torturadas en clave moral, para edificar la construcción pretendidamente científica del campo patológico —y siempre en expansión— de la «enfermedad mental» (Álvarez-Uriá, 1983; Robert Castel, 1980; Foucault, 2015a, 2015b). Significante que coexiste vibrante en nuestra contemporaneidad con otros rostros más políticamente correctos pero igualmente despolitizadores y patologizantes: el «trastorno mental» y su reverso positivizado, la «salud mental».

De la irrupción de la «revolución democrática» en la matriz de dominación

El Manicomio emergió bajo el amparo de la triunfante Revolución Francesa, con la «afirmación del poder absoluto del pueblo», en los primeros latidos de la llamada «revolución democrática» (Laclau y Mouffe, 1987, p. 174). Su nacimiento lo garantizó el mismo gesto victorioso y *fraternal* —es decir, de amor entre hermanos *hombres*— que derrocó el *Ancient Régime* e instauró La República. No se trata aquí de hacer una historia detallada de la Revolución Francesa, pero resulta preciso, antes de entrar en el punto de surgimiento del alienismo y del manicomio, situar cuál fue su originalidad y bajo que lógica se fue produciendo, en tensa imbricación con la matriz de dominación colonial, patriarcal y capitalista, ese nuevo «ciudadano racional», sujeto soberano de derechos, para el cual, la atribución de «locura» y el manicomio, constituyó —y constituye bajo viejas o nuevas formas— la amenaza siempre presente de muerte política y social.

La originalidad de la Revolución Francesa, el motivo por el que ha sido concebida como la «revolución democrática» por excelencia —en comparación con la Revolución Inglesa y la Revolución Americana—, radica en que dio lugar a una nueva institución de lo social fundamentada plenamente en el poder constituyente del «pueblo». Éste poder constituyente quedó fijado en unos «derechos inherentes a todo ser humano», cuyos

principios por excelencia, la igualdad y la libertad naturales, instalaron un «exterior discursivo» que permitió —y permite todavía— la contestación de las diferentes formas de subordinación como ilegítimas y antinaturales (Laclau y Mouffe, 1987).

Según Claude Lefort (1986a) mientras que en el Antiguo Régimen el monarca soberano en tanto representante de Dios unificaba la sociedad, y esta era entendida como un cuerpo cuyas jerarquías internas manifestaban un orden incondicional, con la revolución democrática, la disolución del Rey como garante de la voluntad y la razón divina hizo desaparecer el imaginario de una sociedad sustancialmente unificada, y la legitimidad del poder político, ante la ausencia de un fundamento localizable en un solo cuerpo apareció:

como un lugar vacío y los que lo ejercen como simples mortales que lo ocupan sólo temporalmente [...] No hay ley que pueda fijarse, cuyos artículos no puedan ser impugnados, cuyos fundamentos no sean susceptibles de ser cuestionados [...] no hay representación de un centro y de los contornos de la sociedad: la unidad no puede ahora borrar la división social. La democracia inaugura la experiencia de una sociedad inasible, incontrolable, en la que se dirá que el pueblo es soberano, por supuesto, pero cuya identidad estará constantemente en tela de juicio, cuya identidad permanecerá latente (Lefort, 1986a, p. 303).

Esta disolución del cuerpo del rey como fundamento del poder político y del derecho, se hizo posible gracias a un nuevo punto de fijación, que no podía ser localizado en un solo cuerpo y que era incapaz de unificar sustancialmente la sociedad, esto es: la naturaleza del Hombre. Así, con la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* del 1789, símbolo de la revolución francesa —y antecedente crucial de la DUDH— el derecho pasó a estar «categóricamente establecido en la naturaleza del hombre, naturaleza [en principio] presente en cada individuo» (Lefort, 1986a, p. 256).

No obstante, el universalismo de la igualdad y la libertad natural cedió el paso a un nuevo sistema de diferencias en base al cual naturalizar las relaciones de dominación ¿quién debía ser reconocido como hombre y como «ciudadano», sujeto soberano de derechos y detentador de razón, capaz de ocupar el lugar vacío del poder? El nuevo «ciudadano racional», lejos de comprender los cuerpos que integraron efectivamente la lucha del «pueblo» contra el Antiguo Régimen, fue producido a partir de un sofisticado sistema de exclusiones, siempre sujeto a contestación y redefinición, en respuesta al antagonismo social, a las luchas contra la opresión, que encontraron —y encuentran— fundamento en los postulados universales de la igualdad y la libertad.

En la Revolución Francesa, la producción del «hombre» y del «ciudadano» operó inicialmente en base a la distinción entre «derechos pasivos» y «derechos activos», que

fue introducida por el abate Emmanuel Joseph Sieyès⁵¹ (1748-1836) en el *Préliminaire de la Constitution. Reconnaissance et exposition raisonnée des droits de l'homme et du citoyen* (Proemio a la Constitución. Reconocimiento y exposición razonada de los derechos del hombre y del ciudadano), esto es, en un discurso leído en el Comité de Constitución de la Asamblea Constituyente, previo a la proclamación de la DDHC de la que Sieyès también fue coautor (Engelbert Oelsner, 2021, p. 79). El Proemio proclamó que toda «constitución política» no podía «tener más objeto que el de manifestar, ampliar y garantizar los Derechos del Hombre y del Ciudadano» —nuevo fundamento del poder político— y, al tiempo, distinguió entre los «derechos pasivos», es decir, «aquéllos *para* cuyo mantenimiento y desarrollo se ha formado la sociedad» —que incluían los «derechos naturales» y los «derechos civiles»— y los «derechos activos», es decir, «aquéllos *por medio de los cuales el Estado se forma y se mantiene*», que correspondían a los «derechos políticos» (énfasis original, Sieyès, 1789/2020, p. 228).

Todos los habitantes de un país deben disfrutar de los derechos de *ciudadano pasivo*, esto es todos tienen derecho a la protección de su persona, de su propiedad, de su libertad, etc. [...] no todos han de ser *ciudadanos activos* [...] las mujeres —al menos en el estado actual de las cosas— los niños, los extranjeros y aquellos que no contribuyan en absoluto al sostenimiento del establecimiento público no deben influir activamente sobre la cosa pública [...] solamente aquéllos que contribuyan al mantenimiento de los poderes públicos son los verdaderos accionistas de la gran empresa social. Ellos solos integran los verdaderos *ciudadanos activos* (énfasis original, Sieyès, 1789/2020, pp. 228-229).

Como evidenció Giorgio Agamben (2019, p. 166), no deberíamos ver en esta distinción, la expresión de una simple y fragante contradicción del principio democrático e igualitario, sino la instauración de un régimen de soberanía que articula el «umbral» que define qué vidas están dentro y fuera de la política, o lo que es lo mismo, un sistema de producción de vidas desposeídas de existencia política mediante una

⁵¹ Sieyès fue el más prolífico teórico constitucionalista de la Revolución Francesa. Sin sus aportaciones es difícil concebir cómo el enfrentamiento entre «el pueblo» —cuya identidad siempre contestable cobró forma a partir de la alianza entre el campesinado y la pequeña burguesía a la luz de la Razón ilustrada— y el «Antiguo Régimen» —simbolizado por la realeza, la nobleza y el clero— pudo ser encauzado a la institución de una nueva forma de lo político a través de la Asamblea Constituyente. Dada la importancia de su pensamiento y actividad en el encauzamiento del acontecer revolucionario, algunos de sus entusiastas han llegado a decir que desde el punto de vista «del espíritu inmortal de la Revolución Francesa [...] comparados con él [...] los demás protagonistas sólo ocupan el lugar de ejecutores y realizadores, cuando no de corifeos» (Viamonte, 1957, p. 240). Especialmente decisivo fue el panfleto, *Qu'est-ce que le Tiers-État?* (¿Qué es el Tercer Estado?), que Sieyès publicó en el marco de la convocatoria de los Estados Generales de Francia (1789), donde desarrolló la teoría y planteó las iniciativas que se pusieron posteriormente en práctica tras el bloqueo del clero y la nobleza. Su teoría política, y más particularmente la diferencia que inventó entre «poder constituyente» y «poder constituido» (Sieyès, 2020, pp. 159-163), hoy integral a la disciplina jurídica, sustentó el proceso constituyente del «pueblo» en Estado Nación, y con ello la institución de lo social y la nueva forma de legitimación del poder político, con la que despuntó la Revolución Francesa fijando los «derechos naturales del hombre» como nuevo punto de referencia. Véase también Humberto Nogueira Alcalá (2009) y Joel Flores Rentería (2013).

«línea movediza» —en términos de Laclau y Mouffe (1987), un «sistema de diferencias»— que habrá de delinearse una y otra vez a fin de establecer «el fundamento de la soberanía» en la democracia moderna.

La cita anterior de Sieyès revela, además, como los «ciudadanos activos» equivalen a los «accionistas» de una «gran empresa». Y es que para Sieyès, la libertad, al igual que para John Locke, estaba íntimamente vinculada a la matriz del individualismo posesivo (Macpherson, 2005), a la propiedad privada, al libre comercio, a la posesión de sí. De hecho, consideraba que la esencia del Estado moderno, la comunidad política que le era coetánea, se fundamentaba en «la pasión por la ganancia», esto es, en el deseo de «acumulación ilimitada de riqueza» (Flores Rentería, 2013, p. 57). Efectivamente, la instalación del privilegio capitalista-burgués, asentado —entre otros— en la naturalización del derecho a la protección de la propiedad y la constitución del individuo como propietario de sí, confluyó con los postulados iusnaturalistas de igualdad y libertad en la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* del 1789.

En el contexto de la Revolución Francesa la distinción antagónica pueblo/Antiguo Régimen, como ya indicaba Lefort (1986a, p. 303), prontamente se mostró frágil, ambigua, e incapaz de capturar la creciente multiplicación de las esferas de lucha política que catalizó la proclamación de la DDHC y el subsiguiente proceso de producción del «ciudadano activo» bajo el cual el colonialismo, el capitalismo y el patriarcado, rearticulaban sus equilibrios. En este sentido, la cita de Sieyès nos ha permitido apreciar tan solo algunas de las exclusiones que se trazaron —y retrazaron— en la metrópoli.

No obstante, y aunque la Revolución Francesa estalló en un contexto extremo de crisis económica y hambruna del campesinado en el territorio metropolitano, dónde las clases privilegiadas (clero, nobleza y monarquía) continuaban viviendo en la abundancia y sin pagar impuestos, Francia era uno de los más poderosos imperios coloniales de la época,⁵² allí dónde la trata esclavista estaba alcanzando su clímax:

Entre 1785 y 1790, se llevaron más esclavos a los puertos marítimos coloniales franceses que a cualquier potencia imperial, ello sin contar las islas francesas del Océano Índico [...] la mayoría de los africanos ahora llegaban en barcos franceses [...] Los 55.000 esclavos transportados en 1790 eran muchos más de los que jamás se habían embarcado bajo ninguna bandera nacional (Drescher, 2009, p. 147).

⁵² Por orden de cantidad de población, las colonias esclavistas Francesas eran: la parte francesa de *Saint-Domingue* (actual Haití), la *Martinique*, *Guadalupe* y sus dependencias (*Marie-Galante*, y la parte francesa de *Saint-Martin*, *Île de la Désirade*, *les Saintes*), *l'Île Bourbon* (Île de la Réunion), *Île de France* (*Île Maurice*) y sus dependencias (*Île Rodrigue et Seychelles*), la *Guyane*, *Sainte-Lucie*, *Tobago*. Todas ellas se caracterizan por la exportación de productos alimenticios a Europa (azúcar, café, añil, algodón, cacao) producidos por esclavos y esclavas afrodescendientes (Régent, 2015, p. 1).

Su más preciada posesión era *Saint-Domingue*, actual Haití, esto es, «la perla de las Antillas», considerada como la colonia más preciada de la época (Trouillot, 2011) y cuya producción de azúcar daba cuenta de un tercio del comercio del Atlántico y una parte aún mayor del café (Drescher, 2009). El mismo día en que se Proclamó la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano —el 26 de agosto de 1789— Julien Raimond, quién tenía el estatuto de «liberto de color» y era esclavista, acudió al *Club Messiac* —un grupo de presión conformado en 1789 por grandes propietarios de plantaciones esclavistas que residían en París— para ofrecerles un acuerdo de mantenimiento de la trata esclavista y de la esclavitud, a cambio de «iguales derechos para los libertos de color» (Régent, 2015, p. 6).

La lucha de los «libertos de color» contra el prejuicio de color, por el mantenimiento de la esclavitud y por el pleno reconocimiento de su estatuto de «ciudadanos activos», acabó desembocando en una suerte de guerra civil en *Saint Domingue*, cuyos principales enemigos eran los «pequeños blancos» (*petits blancs*), patriotas —muchos de ellos sin propiedades o pobres— que luchaban por mantener el privilegio de color que otorgaba su blanquitud y acceder a la «ciudadanía activa» (Grafenstein, 2008; Régent, 2015). Durante dichos enfrentamientos, irrumpió una gran insurrección esclava, la primera y más importante registrada en la historia, acontecimiento en el que se sitúa el inicio de la Revolución Haitiana. Esa revolución que ha sido construida como un «no-acontecimiento», impensable mientras estaba aconteciendo, borrada después por la historiografía «universal», revolución que sin embargo, traspasó todos y cada uno de los umbrales políticos y ontológicos del colonialismo, culminando en la abolición formal de la esclavitud y la instauración, en 1804, con la proclamación de la independencia de Haití, de la primera República negra (Trouillot, 2011).

Según Carolyn Fick (2004, pp. 91–93), varios representantes esclavos en las plantaciones del Norte de la isla venían reuniéndose desde hacía unas semanas clandestinamente. Un «liberto de color» realista les había proporcionado información falsa; asegurando que la Asamblea Nacional y el rey de Francia habían decretado la abolición del látigo como castigo y tres días libres a la semana para todo esclavo, arguyendo que los blancos de las autoridades coloniales rechazaron implementar el decreto, y que tropas realistas venían en camino a ejecutarlo a la fuerza, a fin de conseguir su apoyo para derribar a la sección patriótica de «pequeños blancos». El 14 de agosto del 1791 en el *Bois Caïman* (Bosque del Caimán), según se cuenta, varios líderes esclavos, celebraron una ceremonia *vudú* dirigida por el esclavo Dutty Boukman y asistida por una *mambo*, esto es, una alta sacerdotisa *vudú* —que se cree que era la esclava Cécile Fatiman—, en la cual unas 200 personas esclavizadas en una noche de

tormenta sellaron el pacto de la insurrección para el 22 de agosto, jurando eterna venganza a los «blancos». Mientras la *mambo* sacrificaba a un cerdo, Boukman pronunciaba el siguiente discurso:

El Buen Señor que creó la Tierra, que nos da la luz desde lo alto, que soporta el océano y hace al trueno rugir. ¡Escuchen bien, todos ustedes! Este Dios, oculto en las nubes, nos observa. Él ve todo lo que el hombre blanco hace. El dios del hombre blanco lo llama a cometer crímenes; nuestro Dios sólo pide obras buenas de nosotros. ¡Pero este Dios que es bueno ordena venganza! Él dirigirá nuestras manos; Él nos ayudará. Tiren la imagen del dios de los blancos que tiene sed de nuestras lágrimas y escuchen a la voz de la libertad que habla en el corazón de todos nosotros (Fick, 2004, p. 93).

Para mediados de septiembre de 1791, la revolución esclava había incendiado prácticamente todas las plantaciones del norte de la isla y se habían producido grandes masacres a varias bandas (Grafenstein, 2008). Nadie podía imaginar que aquéllos cuerpos subyugados y reducidos a la animalidad, cuyo estatuto era el de no-humanos, a lo sumo machos y hembras (Lugones, 2016), bestias de carga equivalentes a los caballos que estaban siendo adiestradas mediante el látigo, pudiesen soñar con su liberación y organizarse masivamente; sus reiterados actos de resistencia venían siendo construidos como gestos individuales sin trascendencia (Trouillot, 2011).

Poco antes, la Asamblea Nacional Constituyente ya había aprobado la primera Constitución de la Revolución Francesa del 3 de septiembre de 1791, que permitía perpetuar la esclavitud y el prejuicio de color en las «colonias y posesiones francesas de Asia, África y América» las cuales «si bien forman parte del Imperio Francés, no están comprendidas en la presente Constitución», cediendo ante los diputados del *Club Messiac*, quienes abogaron por la independencia gubernamental de las colonias para mantener su posición de gobierno, ante el temor que suscitó la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (Régent, 2015). La categoría de «ciudadano activo», quedó limitada en esta primera Constitución que establecía una monarquía constitucional, a los hombres, franceses por nacimiento o naturalización, que podían pagar «una contribución directa igual al menos al valor de tres jornales», no asalariados, libres de acusación penal y de deudas.⁵³ El nuevo «ciudadano activo», fue por tanto

⁵³ «Artículo 2 (27). Para ser ciudadano activo es necesario: – Ser francés por nacimiento o por naturalización; – Tener cumplidos los veinticinco años de edad; – Estar domiciliado en la ciudad o en el cantón desde el tiempo que determine la Ley; – Pagar, en cualquier lugar del reino, una contribución directa igual al menos al valor de tres jornales y presentar el recibo; – No encontrarse en estado de domesticidad, es decir, de servidor a sueldo; – Estar inscrito en el municipio de su domicilio en la lista de la Guardia Nacional; – Haber prestado el juramento cívico. Artículo 5 (30). Están excluidos del ejercicio de los derechos de ciudadano activo, – Los que se encuentren bajo acusación; – Los que, tras haber sido declarados quebrados o insolventes a través de prueba documental auténtica, no aporten un recibo de descargo general de sus acreedores». Assemblée

producido a partir de un sistema de exclusiones, que amparaba la ley marcial en las colonias, y con ello la esclavitud y el prejuicio de color, y en la metrópoli excluía —entre otros— a los asalariados, a los condenados, a los pobres, a los inmigrantes y a todas las mujeres.

Hombre, ¿Eres capaz de ser justo? Es una mujer quien te hace la pregunta; al menos no la privarás de este derecho. ¿Dime? ¿Quién te dio el imperio soberano para oprimir a mi sexo? ¿Tu fuerza? ¿Tus talentos? Observa al creador en su sabiduría; camina por la naturaleza en toda su grandeza, no parecen querer reprocharte, y la mujer yo misma, si la osas, el ejemplo de este tiránico imperio (de Gouges, 1791/2003, p. 11).

De nada sirvió la anterior interpelación con la que, Olympe de Gouges (1748-1793), abrió La Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana (1791)⁵⁴ enviada, tras la promulgación de la Constitución, para ser decretada por la Asamblea Legislativa el 27 de octubre del 1791 (Blanc, 2014). En ese mundo la «derrota de las mujeres» (Federici, 2010), su sometimiento hecho ya esencia de la feminidad, se había formalizado privándolas de los nuevos derechos y libertades, no exactamente porque carecieran de Razón, sino porque no debían ejercerla, su «destino natural» las vinculaba necesariamente al hogar, al trabajo reproductivo no remunerado y a la dependencia masculina; como madres, esposas, hijas o viudas.⁵⁵

En la metrópoli, tras la gran ofensiva articulada por la Caza de Brujas y el Gran Encierro, con la victoria del «patriarcado del salario» (Federici, 2010), la efectiva institucionalización de la familia burguesa, y el insidioso avance de los «dispositivos de feminización» (Varela, 2019) y disciplinamiento capitalista, la relación de dominación entre los sexos quedó naturalizada en un gesto emancipatorio; el «contrato sexual» transmutó en un «contrato social» (Pateman, 2019). No obstante, la lucha sufragista estaba garantizada. Haciéndose eco de los desenlaces de la Revolución Francesa desde Inglaterra, tan solo un año después de la declaración de De Gouges, Mary Wollstonecraft (1759-1797) publicaba *A Vindication of the Rights of Woman* (La Vindicación de los Derechos de la Mujer, 1792). Allí es dónde Laclau y Mouffe (1987, p. 173) situaron «el nacimiento del feminismo» al considerar que desplazó el discurso democrático del campo de la igualdad política entre los ciudadanos al campo de la igualdad entre los

nationale constituante. (1971). *Constitution française de 1791, décret de l'Assemblée nationale constituante du 3 septembre 1791* (AE/I/10/1). Les collections du Musée des Archives Nationales.

⁵⁴ La Declaración tuvo un escaso impacto, se calcula que se distribuyeron tan solo cinco copias, y no fue redescubierta hasta mediados de los 80 (Gaulier, 2003).

⁵⁵ Tanto Kant como Rousseau justificaron la privación de derechos de ciudadanía y la reclusión de las mujeres en el ámbito doméstico de los cuidados mediante el recurso del «destino natural». Así mismo, para ambos, mujeres y hombres poseían las mismas capacidades racionales, la diferencia consistía en que las mujeres no debían ejercerlas (Moreno, 2016).

sexos, dado el escaso impacto, y el olvido en el que cayó durante largo tiempo, la Declaración de De Gouges.⁵⁶

En abril de 1793, cuando el monarca Luis XVI ya había sido guillotinado y la guerra internacional de coalición contra la Primera República Francesa iniciada, mientras la Convención Nacional revisaba la Constitución Revolucionaria y se planteaba la cuestión del «sufragio universal» —que venía siendo defendido desde el famoso periódico *l'Ami du Peuple* de Marat (Flores Rentería, 2013)— el diputado Lanjuinais, aliado de los girondinos, precisaba qué *exceptios* «por prescripción de la razón eterna», habrían de configurar al «ciudadano»:

¿Qué es un ciudadano francés? [...] Un escritor que nos pareció más exaltado que juicioso [...] responde con esta brillante frase: “Todos los que respiran en el suelo de la República, y que son irreprochables, son ciudadanos franceses”. Un breve análisis de la palabra ciudadano nos dirá qué pensar de esta regla, y cuán inexacta e insuficiente es [...] La idea general que evoca la palabra ciudadano es la de miembro de la ciudad, de la sociedad civil, de la nación. En sentido estricto, significa sólo los que están admitidos para ejercer los derechos políticos, para votar en las asambleas del pueblo, los que pueden elegir y ser elegidos para cargos públicos [...] Así, los niños, los locos, los menores, las mujeres, los condenados a una pena aflictiva o infamante hasta su rehabilitación, no serían ciudadanos [...] Concluyo que la denominación de ciudadano activo, inventada por Sieyès [...] arrojaría claridad a nuestro lenguaje constitucional. Debe recordarse que esta palabra activo no se aplicaba sólo a la distinción de fortuna; expresa muy bien el cumplimiento de ciertas condiciones que prescribe la razón eterna [...] de las que depende el derecho de sufragio en una asamblea política (citado en, Claude, 2015, párr. 14.32).

La Constitución Francesa del año I, aprobada el 24 de junio de 1793, que reconoció la República Francesa como «una e indivisible», es decir, que aplicó a las colonias, estableció el «sufragio universal masculino» directo e incorporó las *exceptios* mencionadas —si bien la distinción entre ciudadanos pasivos y activos fue suprimida— y, sin tocar la esclavitud, sancionó la entrada de los «libertos de color» a la ciudadanía activa en las colonias, quienes empezaron a participar al cabo de unos meses en la vida política de las colonias (Régent, 2015). El reconocimiento de plenos derechos para los «libertos de color» había sido defendido —entre otros— por Maximilien Robespierre (1758-1794), argumentando que así se fortalecería «el poder de los amos sobre sus esclavos» (Régent, 2015, p. 12). También fue defendido por la *Société des amis des noirs* (Sociedad de amigos de los negros, 1788) que, si bien en un inicio no se limitaba a pedir la abolición del comercio esclavista como hacía su predecesora británica, la *English Society for Effecting the Abolition of the Slave Trade* (1787), sino que llamaba a la

⁵⁶ En su momento se calcula que se distribuyeron tan solo cinco copias de la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana, y ésta no fue redescubierta hasta mediados de los 80 (Gaulier, 2003).

abolición progresiva de la esclavitud en sí misma (Drescher, 2009, pp. 151-152) desde 1789 se había decantado por apoyar a los «libertos de color» en su lucha. Según Frédéric Régent (2015, p. 7) no consideraron «a las personas de color libres como los dueños de esclavos» que eran «sino como seres oprimidos», aunque tal opinión es discutible:

Las contradicciones eran abundantes en la filosofía, en la política y entre ambas, incluso en la izquierda radical. Se observan claramente en las tácticas del grupo de presión favorable a los mulatos, la *Société des Amis des Noirs*. El punto de partida filosófico de la Société era, por supuesto, la igualdad plena de la especie humana: algunos de sus miembros fundadores participaron en la redacción del borrador de la Declaración de Derechos del Hombre, pero, de nuevo, para ellos había grados de humanidad. La única campaña constante de los autoproclamados Amigos de los Negros fue su esfuerzo para garantizar los derechos civiles y políticos de los propietarios mulatos libres. Este énfasis no era sólo una maniobra táctica, pues muchos miembros del lado izquierdo de la Asamblea Nacional fueron más allá del voto que se les requería para dejar claro que no todos los negros eran iguales. Por ejemplo, el 11 de diciembre de 1791, Grégoire denunció el peligro que suponía otorgar derechos ciudadanos a los esclavos negros. “Dar derechos políticos a hombres que no conocen sus deberes equivaldría a poner una espada en manos de un loco” (Trouillot, 2011, p. 368).

La analogía de «el negro» con «el loco» no es casual. Tanto el «negro» como el «loco» estaban —aunque por motivos muy distintos— desposeídos de razón y reducidos a la animalidad, su reconocimiento en tanto hombres y ciudadanos era, en ambos casos un desatino impermisible. No obstante, el 4 Febrero de 1794 la Convención fue un paso más allá aboliendo la esclavitud. Este gesto *fraternal*, pues las mujeres esclavas fueron —al igual que en la metrópoli— excluidas de los derechos políticos, respondía a intereses de guerra; sancionaba la libertad que ya se vieron obligados a decretar de facto los generales Republicanos que estaban en las islas, para que los esclavos y esclavas —ya liderados por Toussaint Louverture (1744-1803)—, aceptasen unirse a sus filas para hacer la guerra a los monárquicos, ahora aliados de los ejércitos ingleses y españoles (Régent, 2015; Trouillot, 2011).

El «espacio vacío del poder» que según Lefort (1986a) inauguró el orden democrático moderno y es condición de su perdurabilidad, *nace marcado* desde su exterioridad, por el umbral que define y redefine constantemente, qué posiciones de sujeto, en tanto *desposeídas de existencia política*, no habrán de ocuparlo. Debiendo situarse, en una doble relación de subordinación, respecto al nuevo orden instituido y respecto al sujeto político y privilegiado que, habiéndolo formado, queda a cargo de su despliegue y mantenimiento. Esta línea jurídica, esta forma de institución de la soberanía de la ley y de la comunidad política, lo hemos visto, es móvil, va trazándose y retrazándose una y otra vez en respuesta a la contingencia de los antagonismos.

Lo que nos importa ahora constatar para nuestro propósito es que de entre todas estas figuras de la exclusión que se fueron trazando y retrazando en tanto *exceptios* que

definían desde su posición de umbral, la figura del nuevo ciudadano racional y soberano (esclavos, mujeres, extranjeros, pobres, infantes y menores, gentes de color, judíos, condenados, asalariados...), tan sólo la «locura» en tanto asimilada a la «sinrazón», y gracias a los hombres de la revolución transmutada en «enfermedad mental», continúa acompañando a la infancia de manera generalizada y global en lo que podríamos llamar la lógica de la «ciudadanía pasiva» del Estado Nación. Su igualdad ante la ley constituye hoy en día una disputa en términos de derechos, ya no civiles y políticos —que también—, sino *humanos*. La hemos visto emerger, de refilón, en el discurso de Lanjuinais. Ha permanecido muda, estaba, desde luego, soterrada bajo los muros de las Casas de Encierro.

Del Gran Encierro al Manicomio

En el ocaso del Antiguo Régimen francés, el continuo de instituciones de encierro heterogéneas que conformaban el Gran Encierro, afrontaron una crisis de legitimidad. A lo largo del siglo XVIII el Hospital General y todo el resto de dispositivos de confinamiento de la miseria, la ociosidad y la inmoralidad, esos mausoleos de la moral capitalista-burguesa sobre los que se asentaba la construcción de la división sexual del trabajo obligatorio, fueron progresivamente problematizados,⁵⁷ entre otras cosas y precisamente, desde una exigencia de rentabilidad y moralización, como espacios que mantenían y perpetuaban la ociosidad proletaria y la miseria con dinero público, lo que fue dando lugar a la implantación, en muchos de ellos, del trabajo obligatorio (Álvarez-Uría, 1983; Castel, 1980; Foucault, 2015a).

En el tránsito entre el Antiguo Régimen y el estado de derecho democrático, en pleno contexto de naciente industrialización, dónde el derecho al mantenimiento de la vida mediante el dinero público llegaba inexorablemente de la mano de la tutela, de la incapacitación y la aceptación de la privación de libertad, esos «centros de recepción de la indigencia y prisiones de la miseria» (Foucault, 2015a, p. 62) empezaron a ser vistos mediante una nueva óptica del trabajo, que fue dejando atrás su trascendencia ética y su poder de redención a los ojos de Dios, para imponerse como valor productivo de riqueza, es decir, en oposición directa con la pobreza: lo que hizo que la política de internamiento se percibiera como elemento que relajaba las costumbres del pueblo e impedía el desarrollo de la fuerza de trabajo (Foucault, 2015a, pp. 62-63).

⁵⁷ Esta problematización dará lugar a la «desaparición, en casi toda Europa, a principios del siglo XIX», de estos «centros de recepción de los indigentes y prisiones de la miseria» (Foucault, 2015a, p. 63).

Es interesante señalar, aunque introduzca un elemento diacrónico en esta exposición, los argumentos que se dieron en torno a esta misma problematización en el primer tercio del siglo XIX en España —cuando el Manicomio ya estaba en pleno funcionamiento en Francia— en el contexto de un intenso debate entre los partidarios de la Medicina Domiciliaria y los de la Medicina Hospitalaria,⁵⁸ debate que condujo a la desaparición de estos grandes centros de internamiento indiferenciados y a la emergencia de los manicomios. En este debate, tal y como mostró Álvarez-Uría (1983) los detractores de los grandes hospitales argumentaron en su contra sacando a relucir la miseria, la ineficiencia, inmoralidad, y pereza que inspiraban estos grandes almacenes de cuerpos humanos, visibilizando así mismo, su ineficacia en relación a la producción y reproducción de los ideales de la familia burguesa y de la fuerza de trabajo: son «focos de infección y de pestilencia», las «curaciones son más lentas», existen unos «elevados índices de mortalidad», en ellos reina el «desorden», la «mezcolanza» y la «promiscuidad», además «sirven para desterrar el espíritu de la economía en muchos individuos de clases proletarias», «relajan los vínculos de la familia» y «corrompen las costumbres del pueblo» (citado en, Álvarez-Uría, 1983, pp. 105-106).

No obstante, fueron los hombres de la Revolución Francesa quienes se ocuparon en primera instancia de dar respuesta al problema de la crisis del internamiento que venía fraguándose bajo esta nueva percepción del cuerpo social como riqueza nacional y cuerpo productivo, y atacar incisivamente la arbitrariedad de estos dispositivos «despóticos» símbolo del Antiguo Régimen monárquico; aunque no sin antes sentar las bases legales de lo que acabará siendo, en muchos casos, su reconversión como Manicomios (Robert Castel, 1980; Foucault, 2015a). Estos hombres de la revolución se preguntaron, en palabras de Foucault: «¿Cuál es la fuente de los desórdenes en *Bicêtre*?» dando «la misma respuesta que dio el siglo XVII: “Es la ociosidad. ¿Cómo se puede remediar? Con el trabajo”» (Foucault, 2015a, p. 62).

En el mismo gesto en que se empezaron a problematizar las grandes instituciones de confinamiento, el encierro empezó a percibirse como un oscuro privilegio que debía ser reservado a la «locura», constituyendo el contexto de posibilidad para lo que será la contradictoria emergencia de una nueva institución de encierro —el Manicomio— que ira completamente a contracorriente de la tendencia general a implantar la asistencia

⁵⁸ En España la medicina domiciliaria se convirtió en mandato en el 1838, cuando el Gobierno declaró que la hospitalidad domiciliaria es la regla y la hospitalaria la excepción, en el proyecto de ley sobre Beneficencia Pública que el Gobierno presentó y que fue aprobado por la Comisión del Senado. Para mayor detalle véase Álvarez-Uría, (1983, p. 107) y en general el capítulo «Condiciones sociales de aparición de una institución especial: el manicomio».

domiciliaria como la norma y la hospitalaria como la excepción (Álvarez-Uría, 1983; Robert Castel, 1980; Foucault, 2015a).

Fue precisamente en las grandes instituciones de encierro, cuyos muros congregaron en palabras de la época a toda suerte de miserables, infames, inmorales, delincuentes, ociosos y ociosas, imbéciles, libertinas y libertinos, prostitutas, viejas chochas, tullidos y tullidas, etc. dónde bajo una misma imposición de trabajo obligatorio, las personas locas u alienadas empezaron a distinguirse por ser más difícilmente subordinables a las reglas comunes, siendo genéricamente percibidas desde una actitud «compasiva» por la pérdida de la razón, como «animales» o «salvajes», «incapaces de trabajar» (Álvarez-Uría, 1983; Robert Castel, 1980; Foucault, 2015a).

No es indiferente el hecho de que los locos hayan quedado comprendidos en la gran proscripción de la ociosidad. Desde el principio, tendrán su lugar al lado de los pobres, buenos o malvados, y de los ociosos, voluntarios o no. Como sus compañeros, los locos estarán sometidos a las reglas del trabajo obligatorio, y ha sucedido en más de una ocasión que hayan adquirido exactamente su fisonomía peculiar bajo esta obligación uniforme. En los talleres donde los locos estaban confundidos con los otros confinados, los primeros se distinguen por su incapacidad para el trabajo y para seguir los ritmos de la vida colectiva. La necesidad, descubierta en el siglo XVIII, de dar a los alienados un régimen especial, y la gran crisis de la internación que precede poco tiempo a la Revolución, se liga a la experiencia que se ha adquirido con la obligación general de trabajar (Foucault, 2015a, p. 64).

Es más, la libertad de las personas en estado de locura, «insensatas o furiosas», en el frenesí de la revolución que entronizó a la Razón como la Diosa Suprema, y para la Asamblea Constituyente, era impensable, jurídica y administrativamente equivalente a la de «los animales dañinos y feroces» que vagaban en libertad por el espacio público, un mismo Cuerpo Municipal quedaba a cargo de su vigilancia y administración.⁵⁹

Como demostró Castel (1980) el punto de surgimiento institucional del alienismo y del manicomio se sitúa en «el artículo 9 de la ley sobre la abolición de las *lettres de cachet*» del 27 de marzo del 1790,⁶⁰ dictaminado por la misma Asamblea Constituyente de la Revolución Francesa que había proclamado la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* (1789). Este antecedente directo de la DUDH trasplantó la soberanía del Rey a un cuerpo múltiple constituido por «los ciudadanos» (sujetos soberanos de derechos) dando lugar, como hemos visto, a múltiples excepciones — móviles y sujetas a redefinición— que no alcanzaron dicho estatuto: personas esclavizadas, mujeres, infantes, extranjeros, condenados, pobres, asalariados, entre los cuales la «locura» u «alienación», constituyó un caso específico.

⁵⁹ Ley del 16-24 de agosto de 1790, proclamada por la Asamblea Constituyente de la Revolución Francesa, *Législation sur les aliènes et les enfants assistés*. p. 3. Véase Castel (1980, p. 52).

⁶⁰ Carta cerrada y lacrada con sello real que exigía la privación de libertad de una persona.

La abolición de las *lettres de cachet* ponía fin a las ordenes reales que autorizaban el encierro de una persona, trastocando el dispositivo del Gran Encierro como política altamente consolidada del Antiguo Régimen colonial francés. El equilibrio de poderes que en el ocaso del Antiguo Régimen aseguraba el secuestro y encierro de las multitudes desviadas se articulaba mediante el respaldo mutuo de una tríada; el poder monárquico, el judicial y el familiar (Robert Castel, 1980; Danzelot, 2008). El poder real, pese a las acusaciones de «despotismo» y «arbitrariedad» —y muy a menudo también el judicial—, funcionaba principalmente como transmisor y regulador del «ejercicio policial» y capilar que operaba en el seno de las familias (Robert Castel, 1980; Danzelot, 2008); institución en la que ya habían sido encerrados los sexos para la reproducción del patriarcado del salario (Federici, 2010). Así, las instancias externas, reales y judiciales, intervenían tan sólo cuando la familia fallaba o se veía desbordada en sus funciones de reproducción del orden social: ya sea negativamente «en ausencia, carencia, o impotencia de la familia o positivamente a petición suya» (Robert Castel, 1980, p. 32).

La mayoría de los internamientos en los dispositivos del Gran Encierro, se daban mediante ordenes reales —*lettres de cachet*—, y a petición de las familias (Robert Castel, 1980; Foucault, 1996). Sorprende saber que 9 de cada 10 internamientos mediante *lettres de cachet* eran «presos de familia», frente a aquéllos solicitados por la autoridad pública (Robert Castel, 1980, p. 30). La vía judicial —pese a los intentos por promoverla en el ocaso de la monarquía para acallar las acusaciones de arbitrariedad— era utilizada en menor medida por las familias, pues se desarrollaba principalmente mediante el procedimiento de *incapacitación judicial*, que además de público e indiscreto, era económicamente muy costoso: resultando en una indeseada amenaza para el honor de las familias privilegiadas, pues sólo ellas podían permitirse pagarlo (Castel, 1980). En la práctica, la abolición de las *letters de cachet* no trató «de suprimir el conjunto de prácticas que el poder real amparaba con su legitimidad, sino de esquivar el calificativo de arbitrariedad» del que eran ahora «sospechosas las formas empleadas» (Robert Castel, 1980, p. 39).

Las *lettres de cachet*, el internamiento, la presencia generalizada de la policía, todo esto no evoca con frecuencia más que el despotismo de un monarca absoluto, pero conviene tener en cuenta que esta “arbitrariedad” era una especie de servicio público. Las “órdenes del Rey” no se abalanzaban de improviso, de arriba abajo, como si se tratase de los signos de la cólera del monarca más que en contados casos. La mayor parte de las veces estas órdenes eran solicitadas contra alguien por sus allegados, su padre y su madre, uno de sus parientes, su familia, sus hijos o hijas, sus vecinos, y a veces por el cura de la parroquia o algún notable local. Se mendigaban estas órdenes como si se tratase de hacer frente a algún gran crimen que debía merecer la cólera del soberano, cuando sólo se trataba de alguna oscura historia de familia: esposos engañados o golpeados, fortunas dilapidadas, conflictos de intereses, jóvenes indóciles, raterías o borracheras, y todo un enjambre de

pequeños desórdenes de conducta. La *lettre de cachet* que se otorgaba, como si se tratase de la voluntad expresa y particular del rey, para encerrar a alguno de sus sujetos, al margen de las vías de la justicia ordinaria, no era en realidad más que la respuesta a esa demanda procedente de la base (Foucault, 1996, p. 85).

Así, queda ya claro que los internamientos no sólo respondían a un poder «arbitrario», emanado de las alturas del despotismo monárquico, sino que también y principalmente constituían una demanda —y una *súplica*— que llegaba desde abajo; a la que apelaban los súbditos desde la matriz económica, generizada y jerarquizada que las unía en los vínculos de la familia y la vecindad (Robert Castel, 1980; Farge y Foucault, 1982; Foucault, 1996). Es interesante, para abrir la complejidad de este fenómeno de presos y presas de familia detenerse unos instantes, en el caso de peticiones de *lettres de cachet* desde las relaciones maritales, lo cual permitirá ilustrar la severidad con la que ya funcionaba el patriarcado del salario. Tal y como mostraron Arlette Farge y Foucault (1982) en su análisis de las *lettres de cachet* que suplicaban al poder real por el encierro de sus maridos o esposas entre 1728 y 1758, las amenazas al «honor» y a la «economía familiar», así como el libertinaje, la ebriedad y la ociosidad —de las cuales la enfermedad venérea era un buen certificado—, eran argumentos recurrentes y comunes en las solicitudes de encierro marital. No obstante, las esposas suplicaban contra el marido desde su posición de subordinación económica y sexual, prioritariamente, como demanda de protección, para salvar su propia vida y la de sus hijos o hijas del maltrato y la muerte, o asegurarse la subsistencia frente al derroche de quienes desatendían sus «funciones paternas». De hecho, tres de cada cuatro demandas presentadas por mujeres contra sus maridos constituían acusaciones de violencia y crueldad. Valgan estos testimonios:

Maltrata horriblemente a su mujer y a su hija; Le mató tres niños en su vientre uno tras otro; La muele a golpes y luego la echa por la escalera; Mató una primera mujer y maltrata a su mujer que está encinta; Practica con ella sevicias llenas de horror; Le sacó un ojo con la tenaza de la chimenea (Farge y Foucault, 1982, p. 18).

Por el contrario, los maridos tendían a dibujar a sus esposas indeseadas, a partir del más estricto incumplimiento de la relación marital, sin apelar a la función maternal, ni presentarse como objetos de su violencia; sino pintándolas como mujeres complacidas con la compañía de otros hombres, públicas o cuasi prostitutas, y malas administradoras de la casa (Farge y Foucault, 1982).

En el caso de la locura, que tan solo representaba una modesta subespecie dentro de la amplia heterogeneidad de desviaciones a internar, la cuestión respondía también a un «asunto de familia» —o de falta de ésta— y su encierro, mayoritariamente efectuado mediante órdenes del rey, se percibía como más necesario que nunca en un mundo de

incipiente industrialización, en el que la ruptura de los vínculos familiares y comunitarios daba lugar al vagabundeo de personas locas en completo desarraigo (Robert Castel, 1980).

Añadiendo las incapacitaciones y demás formas de internamiento por vía judicial, se puede calcular en un cuarto la proporción de internamientos por locura debidos a «órdenes de justicia» al final del Antiguo Régimen. Los otros encierros, es decir, la mayoría, se realizaban por “órdenes del rey” o “*lettre de cachet*” (Robert Castel, 1980, p. 29).

Además, la «locura», tal y como evidenció Castel (1980), planteó un problema capital de legitimidad al naciente orden contractual burgués cuando la perpetuación de su encierro se percibía como más necesaria que nunca, a pesar de que cuantitativamente el desafío resultaba irrisorio en comparación con las hordas de mendicidad y pobreza que poblaban ese mundo —y que estaban mejor dispuestas como fuerza de trabajo—. Dado que había sido desposeída de la razón, esepreciado bien que definía lo humano y articulaba las relaciones contractuales, y por consiguiente de responsabilidad, no podía participar del contrato social burgués y, sin embargo, sus transgresiones tampoco podían ser castigadas vía penal. Debía por tanto mantenerse en un estatuto de minoría de edad. Ya lo advertía Kant en 1784, la libertad ilustrada era el abandono de la minoría de edad —masculina— mediante el ejercicio del propio entendimiento, una obligación que solo perdonaba a la sinrazón:

La ilustración significa el abandono por *parte del hombre* de una *minoría de edad* cuyo responsable es él mismo. Esta minoría de edad significa la incapacidad para servirse de su entendimiento sin verse guiado por algún otro. Uno mismo es el culpable de dicha minoría de edad *cuando su causa no reside en la falta de entendimiento* [...] ¡Ten valor para servirse de tu propio entendimiento! Tal es el lema de la ilustración (énfasis mío, Kant, 2012, p. 7).

Por consiguiente, la represión de la locura que tenía ya una larga historia y continuaba considerándose necesaria para el mantenimiento del nuevo orden capitalista, colonial y patriarcal de libertades basado en el ejercicio individual de la facultad de la razón, debía desarrollarse mediante una lógica que evitara el calificativo de arbitrariedad atribuido al antiguo régimen despótico. La locura u alienación debía ser tutelada, tratada e idealmente curada, no como castigo, sino como derecho de asistencia y por su propio bien. Para encajarla en esta trama se requirió imputarle un estatuto de «enfermedad»: ésta es la respuesta política de la que nació el manicomio y la primera psiquiatría, el alienismo, en plena revolución democrática (Robert Castel, 1980; Foucault, 1996).

Tal y como evidenció Castel (1980), mediante El artículo 9 de la ley sobre la abolición de las *lettre de cachet* como solución de contingencia, los hombres de la revolución

otorgaron un estatuto de «enfermedad» a la locura, a verificar por los «médicos bajo supervisión de los directores de distrito» y establecieron su «atención» en «hospitales que se indicaran a tal efecto», a fin de evitar el calificativo de arbitrariedad y legitimar el encierro como un derecho de asistencia: ello a pesar de que el «código médico» no estaba «suficientemente afinado» y «carecía de especificidad» para darle un estatuto científico de enfermedad a la locura (Robert Castel, 1980, pp. 14-15). En plena crisis de legitimidad de los internamientos, lo anterior supuso «la reconquista por la nueva medicina de una parcela de la vieja organización hospitalaria cargada del odio del pueblo y del desprecio de los espíritus ilustrados» (Robert Castel, 1980, p. 15).

Muy pronto, aquellas personas catalogadas como locas u alienadas, encontraron, bajo el pincel soberano de sus humanitarios liberadores, los alienistas, el privilegio de habitar unos nuevos y exclusivos muros para su *objetivación total*, dónde los racionales destinados a su «domesticación», fueron dibujando el rostro específico y positivizado de su error en tanto que «enfermedad mental» (Álvarez-Uriá, 1983; Robert Castel, 1980; Foucault, 2015a). Esta es la historia que esconde el mito de la liberación de las personas locas atribuido a Philippe Pinel (1745-1826), padre del alienismo:

Entre los muros de los internados es donde Pinel y la psiquiatría del siglo XIX volverán a encontrar a los locos; es allí —no lo olvidemos— donde los dejarán, no sin vanagloriarse de haberlos liberado. Desde la mitad del siglo XVII, la locura ha estado ligada a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquél su sitio natural (Foucault, 2015a, p. 45).

No obstante, tal y como señaló Castel (1980) la constitución del manicomio en su forma final, como nueva estructura tutelar de dominación y monopolio del tratamiento de la locura gobernada por el médico-administrador, se fue dibujando en un lento avance de más de 40 años de las practicas alienistas, y no se formalizó como tal hasta la Ley francesa del 30 de junio del 1838 sobre los alienados, acto jurídico de regularización del Manicomio y modelo ejemplar de la época.

En este lapso los alienistas construyeron el saber sobre la «sinrazón-enfermedad mental» inicialmente haciéndolo pivotar bajo el nodo articulador del «delirio» —que también abarcaba lo que hoy conocemos como «discapacidad intelectual», esto es, la antigua «imbecilidad»— valiéndose de la objetivación de personas encerradas a las que tenían por objeto «curar». Para tal fin, desarrollaron el «tratamiento moral», bajo el cual el encierro transmutó en el principio curativo y esencial del «aislamiento terapéutico», lo que permitía inscribir el antiguo secuestro en una racionalidad médica y humanitaria, por el propio bien del enfermo o enferma (Álvarez-Uriá, 1983; Robert Castel, 1980; Foucault, 2007a, 2007c).

El saber alienista se caracterizó en sus inicios por centrarse en las nosologías de agrupaciones sintomáticas, privilegiando una concepción reactiva y psicógena de la locura que desechó la idea de localizar corporalmente potenciales lesiones orgánicas causantes de la locura. Esto situó a los alienistas «a contracorriente de la evolución contemporánea del saber médico», dificultó la adquisición de la legitimidad científica del alienismo y supuso innumerables críticas. De hecho, como respuesta a éstas, los alienistas pasaron a hacer el teatro de abrir cadáveres y cerebros, pero tan sólo «como manifestación de fidelidad al moderno modelo de la cientificidad médica», pues lo que permitía legitimar su más preciada tecnología de curación, el tratamiento moral, era la concepción psicógena y reactiva de la locura (Robert Castel, 1980, pp. 114-124).

El tratamiento moral, operó sobre la base del restablecimiento de un escrupuloso *orden disciplinar* bajo el gobierno de una voluntad soberana, la del médico-jefe como «ley viviente del manicomio» y «único centro de autoridad» (Robert Castel, 1980, p. 99), cuya terapéutica consistía en un ejercicio de poder destinado a domar la locura y reestablecer la razón. En palabras de Foucault citando el *Traité médico-philosophique* (Tratado Médico-filosófico) de Pinel,⁶¹ el tratamiento moral:

Es “el arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas” [...] Ese poder solo puede encarnarse en un hombre y únicamente en un hombre, quien lo ejerce, no tanto a partir y en función de un saber cómo en función de sus cualidades físicas y morales que le permiten desplegar un influjo sin límites, un influjo irresistible (Foucault, 2007a, p. 24).

⁶¹ Pinel, Philippe. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. París: Les Archives de la Révolution française; 9.5.361.

Interludio. El núcleo del poder psiquiátrico desde el cruce Foucault-Agamben

Propongo ahora que hagamos un paréntesis en el devenir de los acontecimientos para analizar, desde la confluencia entre poder soberano (hacer morir o dejar vivir) y biopoderes (hacer vivir o dejar morir) (Foucault, 2007b, p. 165),⁶² el núcleo constituyente del poder psiquiátrico. Para ello entrecruzaremos los análisis de Foucault sobre el poder psiquiátrico —previos a su distinción entre poder soberano y biopoderes— con el aparataje conceptual que Agamben desplegó en *El poder soberano y la nuda vida* (1995), cuyo propósito fue el de explicar la confluencia entre soberanía y biopolítica que Foucault desatendió. De Agamben tomaremos los conceptos centrales e imbricados de «estado de excepción», «nuda vida» y «campo», que se han mostrado fructíferos para complementar la aproximación de Foucault al poder psiquiátrico, pero que no han sido aplicados sobre sus momentos constituyentes (Ashe, 2019; Caponi, 2009a; Jacob y Foth, 2013).

Emplearemos este aparataje conceptual en primer lugar para reinterpretar la escena de descoronación del Rey Loco Jorge III de Inglaterra en la que Foucault (2007a) encontró la base de relaciones de poder que constituyen el «elemento nuclear» de la práctica psiquiátrica, antes de que ésta llegue a instituirse como tal. Este análisis nos proporcionará la hipótesis en la imbricación entre soberanía y biopoderes, que pondremos a prueba para hacer inteligible el desplazamiento anterior del Gran Encierro al Manicomio, núcleo de emergencia institucional de la primera psiquiatría propiamente dicha, el alienismo, que emergió, como hemos visto, del acto de derogación del poder real de encierro en la Revolución francesa. No obstante, antes de emprender este análisis se hacen necesarias algunas puntualizaciones teóricas.

Herramientas preliminares

Al igual que Penelope Weller (2017), y para el caso del poder psiquiátrico, considero que el trabajo de Agamben complementa la perspectiva gubernamental de Foucault —conducción de conductas— en la que derivaron sus análisis de la microfísica del poder, y que fue planteada como el «gobierno a través de la libertad». Dado que el enfoque gubernamental asume una matriz generativa del poder que requiere la libertad y la agencia del otro como condición de posibilidad, el límite que Foucault (1988, pp. 15–16) le reconocía es el cierre de toda posibilidad de acción, la reducción del otro a la

⁶² Véase la Introducción.

impotencia mediante la coerción y la violencia. Límite que ejemplificó con el «encadenamiento» y la «constricción física» prácticas que significativamente, en su versión medicalizada (contención mecánica o química), son parte de la mecánica de funcionamiento de las instituciones contemporáneas de «salud mental». Este límite puede ser conceptualizado desde la misma perspectiva foucaultiana como un ejercicio de poder soberano que «hace morir» la libertad, la agencia, las posibilidades de acción. De hecho, en el curso del *Collège de France* contemporáneo a *La voluntad de saber* — esto es, en *Defender la sociedad*— Foucault (2001, p. 232) clarificó que el «hacer morir» característico del poder soberano, incluía todo «asesinato indirecto: el hecho de exponer a la muerte, multiplicar el riesgo de muerte de algunos o, sencillamente, la muerte política».

Esta última, la muerte política, constituye el punto de partida sobre el que operó Agamben para desarrollar su teoría en la confluencia entre poder soberano y biopolítica. Agamben entrecruzó las perspectivas de Foucault y Hanna Arendt,⁶³ que conectan en la creciente implicación de la vida meramente biológica en la esfera política moderna partiendo en ambos casos de la definición de «hombre» de Aristóteles, en palabras de Foucault (2007b, p. 163): «animal viviente que *además* es capaz de existencia política». El trabajo de Agamben partió así, de la distinción de la antigua Grecia entre los términos *zoé*, vida meramente biológica compartida con los animales y *bíos*, vida políticamente calificada.

La *bíos*, en mi lectura de Agamben, designa la vida del «ciudadano», aquella vida políticamente calificada —y con ello plenamente humana— de la que en el transcurso del devenir histórico, y de modos heterogéneos, han sido desposeídos los cuerpos dominados bajo el pretexto de que no estaban «plenamente dotados de razón» o no debían emplearla, quedando arrojados con mayor o menor intensidad a la *zoé*, esto es, al mundo de la animalidad y la naturaleza a dominar: los cuerpos esclavizados, pero también y de un modo muy distinto y —entre otros— los cuerpos de las mujeres o las personas a las cuales se atribuía locura. Agamben (2019, p. 166) aunque de soslayo se vio obligado a reconocer estas «excepciones» cuando se adentró en la época ilustrada, inicialmente puso a operar la distinción entre *bíos* y *zoé* en el marco de la soberanía — no a partir por ejemplo de la figura del cuerpo esclavo o la de la mujer en la Antigua Grecia—, sino a partir de una figura muy particular perteneciente al derecho romano

⁶³ Agamben le criticó a Arendt la ausencia «de cualquier perspectiva biopolítica» en sus estudios sobre el totalitarismo, y la desconexión de estos análisis con aquellos elaborados en *La condición humana*, dónde describió como el *laborar* —esto es, la mera reproducción de la vida biológica— acabó por ocupar el centro de la política occidental moderna

arcaico; la del *homo sacer*. Esta figura, según Agamben «originaria» de la «nuda vida» o vida meramente biológica, identificaba a quien no podía ser sacrificado según los ritos y al que, sin embargo, cualquiera podía dar *muerte impunemente*, situándose en una relación de doble-exclusión respecto al derecho romano humano (*ius humanum*) y al divino (*ius divinum*).

Fue a partir del análisis del estatuto jurídico del *homo sacer* que Agamben (2019) conceptualizó la relación de excepción como formativa del «estado de excepción» y fundadora de la estructura soberana de la ley. La relación de excepción es una relación de «exclusión–inclusiva» en el ordenamiento jurídico creada mediante una *exceptio*, cuyo efecto es la suspensión de la validez de la norma general –y de las protecciones y responsabilidades que esta confiere– para un caso particular. Constituye una forma extrema de relación que sólo incluye algo en el ordenamiento jurídico con objeto de excluirlo del mismo, «desaplicando» la norma general para tal caso. La decisión soberana, para Agamben, en tanto acto fundacional de la ley es la que traza el umbral de indiferencia que define qué vidas van a ser desprovistas de existencia política (nudas vidas), y al estar exceptuadas del derecho normal, arrojadas a regímenes de violencia impunes.

De la paradójica articulación entre soberanía y biopoder constitutiva del poder psiquiátrico*

En el curso del *Collège de France* El poder psiquiátrico (1973–1974) Foucault se propuso hallar la microfísica de poder en la que se fundamentará la psiquiatría, antes de que ésta llegue a instituirse como tal. Dicho curso inauguró el desplazamiento foucaultiano de la arqueología —centrada en el saber— a la genealogía, que hará resplandecer la dimensión generativa del poder, contra el modelo de soberanía, la teoría de Estado y el concepto de represión (Morey, 2014b). Allí, Foucault buscó alejarse del análisis realizado en su Historia de la locura rechazando algunos conceptos centrales que lo habían guiado: institución, violencia y modelo familiar, para incorporar microfísica del poder, táctica y estrategia.

Foucault (2007a, p. 44) encontró «el basamento de relaciones de poder que constituyen el elemento nuclear de la práctica psiquiátrica» a partir del cual veremos

* Hemos incluido este análisis de «la escena de descoronación del Rey loco Jorge III de Inglaterra» en un artículo derivado de esta tesis y publicado en coautoría con Margot Pujal y Enrico Mora en la revista *Direito e Práxis* en versión española e inglesa (Pérez-Pérez et al., 2022a, 2022b).

erguirse «edificios institucionales» y «discursos de verdad» en la escena de descoronación del Rey loco Jorge III de Inglaterra (1788), que fue divulgada por Pinel en su *Traité médico-philosophique*. Abordó las relaciones de poder allí escenificadas pensándolas contra el modelo de soberanía –que todavía no había definido por contraposición al biopoder– y las caracterizó como un ejercicio de *poder disciplinario*. No obstante, ello le supuso contradicciones como hablar de «articulación» y «reemplazo» para situar, en la misma escena, la relación entre poder soberano y disciplina. Dichas ambigüedades se resuelven si complementamos la lectura de Foucault, con sus desarrollos posteriores en torno al biopoder y con el aparatage agambemiano. La escena comprende tres actos: el descoronamiento del Rey, el rol de los pajes y el enfrentamiento del Rey contra el médico.

Lo primero que le sucede al Rey, afirmó Pinel, es que lo encierran en una recámara de un castillo aislado «cuyos cristales y muros se cubren de colchones», además «quien dirige el tratamiento le informa de que ya no es soberano [...] debe mostrarse dócil y sumiso» (2007a, p. 37) (citado en, Foucault, 2007a, p. 36). Foucault (2007a, p. 37) conceptualizó lo anterior como una «ceremonia de destitución» en la que el médico es «operador de ese descoronamiento». Por tanto, lo primero que pierde el Rey es, en términos agambemianos, su *existencia política*, a manos del médico que se sitúa en el centro de la decisión soberana. Foucault (2007a, p. 38) nota además que «en lugar del cetro, de la corona y de la espada» al rey sólo le quedan los colchones que lo reducen «a lo que es, es decir, a su cuerpo»: a su *nuda vida*, diría Agamben.

Dos pajes hercúleos –escribe Pinel– «quedan a cargo de atender sus necesidades» y «de convencerlo de que se encuentra bajo su entera dependencia», en adelante el Rey «debe obedecerlos» (citado en, Foucault, 2007a, p. 36). Foucault (2007a, p. 41), nota que estos pajes «sobrepoderosos» que anteriormente servían las necesidades del rey bajo su voluntad soberana, ahora continúan sirviéndole contra dicha voluntad en «las exigencias mecánicas [...] del cuerpo». El rey por tanto ha sido reducido a su mera vida biológica la cual, sin embargo, hay que preservar. Foucault (2007a, p. 39) interpretó el papel de los pajes como la instalación de un *poder disciplinario* que funciona en red «anónimo, múltiple, macilento» consistente en recaer «únicamente en su blanco», el cuerpo del Rey «descoronado al que este nuevo poder debe hacer “dócil y sumiso”». Lo anterior coincide con el efecto de reducción a la nuda vida, constituirse en un *locus* sobre el que cualquiera puede actuar «provisoriamente como soberano» (Agamben, 2019, p. 222).

En el último episodio Pinel indica que el Rey «en su fogoso delirio recibe con mucha dureza a su antiguo médico» embadurnándolo de suciedades, de excrementos. Ante tal

ataque que deja al Rey «reducido a un estado de mugre repugnante» entra un paje y «sin decir palabra lo toma por la cintura y lo arroja con vigor sobre los colchones, lo desviste, lo lava [...] le cambia la ropa y mirándolo con altivez, sale deprisa» (citado en, Foucault, 2007a, p. 36–37). Como indica Foucault, (2007a, p. 42), aquí el Rey que «por armas no tiene más que las deyecciones de su cuerpo», reproduce el gesto secular de la insurrección contra los poderosos del que había sido víctima: lanzar barro, basura, etc.: ya no se trata pues «de la desposesión de los atributos de la soberanía, sino de la inversión total de ésta», el rey reconoce en el médico a un soberano. Sin embargo:

Mientras que quien atentara contra la soberanía, le arrojara piedras e inmundicias, habría sido ejecutado, ahorcado y descuartizado según la ley inglesa [...] la disciplina que interviene ahora encarnada en el paje va [...] a derribar, desnudar, lavar, hacer del cuerpo algo limpio y verdadero (Foucault, 2007a, p. 43).

En un intrigante comentario, Foucault afirmó (2007a, p. 39): «lo esencial de la escena: el afrontamiento, la sumisión, la articulación de un poder soberano con un poder disciplinario». Efectivamente, lo que parece constituir el núcleo de la práctica psiquiátrica es la *síntesis paradójica* «hacer morir (soberanía) y hacer vivir (biopoder)». Un *poder soberano* que mata políticamente reduciendo al individuo a una nuda vida queda perfectamente articulado con un *biopoder* disciplinario que toma a ese semi-viviente a su cargo, preservando su reproducción biológica, y aplicando sobre su cuerpo a través de múltiples actores, la fuerza necesaria para doblegar una voluntad destituida, que deberá mostrarse «dócil y sumisa». De ahí que la indiferenciación entre tratamiento y castigo (Jacob y Foth, 2013) esté presente en todas las intervenciones forzosas, que vienen siendo denunciadas histórica y actualmente por las personas psiquiatrizadas como formas de tortura.⁶⁴ La idea del semi-viviente, resuena además con las descripciones habituales en nuestro mundo contemporáneo que las personas psiquiatrizadas hacen de los efectos de altas dosis de neurolépticos, como la zombificación, también con su genealogía histórica, encapsulada en una «política de la indiferencia» (Caponi, 2019b).

Detengámonos ahora a analizar desde la hipótesis que hemos planteado sobre el núcleo del poder psiquiátrico en el cruce Foucault-Agamben el punto de surgimiento institucional de la primera psiquiatría, el alienismo, y de su establecimiento especial, el Manicomio. Como hemos visto en los desarrollos precedentes, el alienismo nace de una inscripción jurídica en el espacio constitutivo por excelencia de la democracia moderna: con la afirmación absoluta del poder del pueblo y el triunfo de la Revolución Francesa.

⁶⁴ Ver Capítulos III, VII y VIII.

La locura u alienación, identificada como sinrazón y desposeída de todo sentido y utilidad, es capturada en el ordenamiento jurídico que deroga las órdenes del rey —El artículo 9 sobre la abolición de las *lettres de cachet*— como una *exceptio* (Robert Castel, 1980).

No obstante, esta forma extrema de inscripción que tiene por objeto legitimar la perpetuación de su encierro y esquivar el calificativo de arbitrariedad, es revestida de una lógica humanitaria, que no propone el ejercicio de una violencia impune —aunque tenga el efecto de producirla— sino que integra por primera vez sistemáticamente a la medicina en su seno, y propugna la «curación». Emerge, por tanto, un estado de excepción tutelar, que si bien desposee a la persona de su existencia política y la confina, tiene atribuido el deber hipocrático de no dañar esa vida e intentar curarla. Esta fórmula de poder, heredada del Antiguo Régimen, responde a una articulación entre soberanía y disciplina (biopoder), en la que el «hacer morir y hacer vivir», que guiaba las políticas tutelares de encierro bajo las *lettres de cachet*, se perpetúa en una nueva racionalidad médica.

De hecho Foucault concibió la política altamente específica de las *lettres de cachet* del Antiguo Régimen francés, como una suerte de articulación entre soberanía y disciplina, una política que hizo disponible «la enormidad del poder absoluto» y «los mecanismos de soberanía» a «cualquiera que fuese lo suficientemente listo» para utilizarlos en beneficio propio y «contra los demás» (Foucault, 1996, p. 86).

La soberanía política se injerta en el nivel más elemental del cuerpo social; entre sujeto y sujeto —y muchas veces se trata de los más humildes—, entre los miembros de una familia, en las relaciones de vecindad, de interés, de oficio, de rivalidad, de amor y de odio, uno se puede servir, además de las armas habituales de la autoridad y de la obediencia, de los recursos de un poder político que adopta la forma del absolutismo; cada uno, si sabe jugar bien el juego, puede convertirse para otro en un monarca terrible y sin ley: *homo homini rex*; toda una cadena política se amalgama con la trama de lo cotidiano. Pero es necesario apropiarse al menos por un instante de ese poder, canalizarlo, poseerlo y dirigirlo hacia donde uno quiere; es necesario, para utilizarlo en provecho propio, “seducirlo”; el poder se convierte a la vez en objeto de codicia y en objeto de seducción; es por tanto algo deseable y ello en la medida misma en que es absolutamente temible. La intervención de un poder político sin límites en las relaciones cotidianas se convierte así no sólo en algo aceptable y familiar sino también en algo profundamente deseado, no sin transformarse por este mismo hecho en el tema de un temor generalizado. [...] Llegará un día en que todo este disparate habrá desaparecido. El poder que se ejercerá en la vida cotidiana ya no será el de un monarca a la vez próximo y lejano, omnipotente y caprichoso, fuente de toda justicia y objeto de cualquier seducción, a la vez principio político y poderío mágico; entonces el poder estará constituido por una espesa red diferenciada, continua, en la que se entrelacen las diversas instituciones de la justicia, de la policía, de la medicina, de la psiquiatría (Foucault, 1996, pp. 86-88).

Este desplazamiento fundamental implica, con la derogación del poder real, la instauración de un nuevo poder médico como heredero de sus prerrogativas de encierro,

que como hemos visto respondían a una demanda que llegaba desde abajo, y principalmente de las relaciones disciplinarias que operaban en el seno de la institución familiar, inserta en una matriz de relaciones económicas y morales generizadas y jerarquizadas, características del patriarcado del salario. Además la inscripción legislativa que vehiculó El artículo 9 de la ley de abolición de las *lettres de cachet*, dio lugar a lo que Agamben (2019, p. 222), llamó un «campo» y concibió como el paradigma político de la modernidad: esto es, un espacio geográficamente delimitado —en este caso el Manicomio— en el cual el estado de excepción se convierte en la regla y en el que «se cometan atrocidades no es algo que dependa del derecho sino solo del civismo y el sentido ético» de quien «actúa provisoriamente como soberano».

Quizás esto explique por qué, bajo el gobierno nazi, las instituciones psiquiátricas constituyeron los primeros centros de exterminio masivo para los que fue inventada la cámara de gas, tecnología de muerte luego aplicada en el Holocausto (Friedlander, 1995; Lifton, 1986; Müller-Hill, 1998). Nos aproximaremos posteriormente a este episodio oscuro.⁶⁵ No obstante, para llegar al punto en que los psiquiatras se dedicasen a asesinar a sus pacientes, un cambio radical tuvo que acontecer en el saber psiquiátrico, tuvo primero que ensamblarse con mayor legitimidad al aparato judicial y liberarse del mandato de «curar» (hacer vivir) o, más bien, desplazarlo fuera del Manicomio.

⁶⁵ Ver Capítulo II.

Peligrosidad social y locura. La «monomanía homicida», una conquista histórica

Lo que la psiquiatría del siglo XIX inventó es esa identidad absolutamente ficticia de un crimen-locura, de un crimen que es todo él locura, de una locura que no es otra cosa que crimen. Tal es en suma lo que durante más de un siglo ha sido denominado monomanía homicida.

Michael Foucault

Según Foucault (2007c) la querella entorno a la «monomanía homicida» es a la que hay que remitir genealógicamente la transición entre la psiquiatría de la sinrazón, inscrita en el eje «verdad-error-conciencia», y la de la anormalidad organizada en torno al «eje pasión-voluntad-libertad» (Foucault, 2007a, p. 387). Este pasaje nos permitirá situar la absoluta identificación entre locura y peligrosidad social, como el locus desde el cual la psiquiatría empezó a conquistar las competencias jurídicas que hoy en día la caracterizan, esto es, la posibilidad de emitir juicio vinculante sobre la inclusión/exclusión de una persona en la jurisdicción normal o en un estado de excepción, dónde la suspensión del sujeto de derecho y la reducción a la nuda vida, posibilita un ejercicio de violencia impune revestido de una racionalidad médica: espacio por excelencia de «la decisión soberana» (Agamben, 2019, p. 32).

El desarrollo conceptual de la monomanía homicida, una categoría que planteó inicialmente Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) a principios del siglo XIX (De Saussure, 1946), se dio en un contexto pragmático de disputa y distribución espacial de cuerpos a privar de libertad que supuso el enfrentamiento entre el poder judicial y el poder médico-psiquiátrico con sus respectivas instituciones de encierro; la prisión bajo el poder judicial y el «hospital especial» o manicomio, bajo el auspicio de la naciente psiquiatría (Castel, 1980). La disputa, que se produjo antes de que la *Ley francesa del 38 sobre los alienados* formalizase el manicomio y de la que salió victoriosa la psiquiatría, hizo de la misma una «pieza indispensable para el funcionamiento del aparato judicial» que ahondó en los vínculos que unieron a la medicina y la justicia previamente en «los procesos de brujería» dónde «el médico auxiliar, ya jugaba un cierto papel» (Robert Castel, 1980, p. 180), dando lugar a las subdisciplinas —actualmente integradas al estado de derecho— de la psiquiatría forense o medicina legal (Álvarez-Uría, 1983; Robert Castel, 1980; Foucault, 2007c, 2007a).

Tal y como indicó Castel (1980, pp. 180-189), la monomanía homicida definió un nuevo tipo de locura «invisible», «indetectable» e «imprevisible», una locura esencialmente «criminal» y «homicida» que podía manifestarse súbitamente y matar

sin previo aviso, apoderándose por completo del hacer de estos «nuevos» locos y locas en una especie de espejismo infernal, pues la posesión «instintiva e irresistible» acontecería *sin razón ni motivo para el monstruoso crimen* y, extrañamente, con la conservación de las «cualidades del entendimiento», por lo que paradójicamente esta locura se caracterizó también porque parecía cordura, engañando a los sentidos más sublimes y afinados. A través de la monomanía homicida los alienistas reclamaron para sí a personas que habían cometido asesinatos atroces, pero también la competencia que permitía establecer jurídicamente la responsabilidad del sujeto respecto al acto criminal.

Los trabajos de Foucault (1990), Castel (1980) y posteriormente en España Álvarez-Uría (1983), pusieron en evidencia que la creación de la monomanía homicida, respondía a un claro afán alienista por conquistar nuevos ámbitos de poder y competencia profesional dentro de la nascente justicia, que se enfrentó a fuertes resistencias de magistrados, juristas y abogados por la tautología que no lograba esconder su argumentación: el crimen cometido quedaba explicado y «exento de punición» por una locura «invisible» y sobre todo, por una *locura racional*. Sin embargo, y a pesar de las intensas resistencias de los magistrados, tales hazañas triunfaron en su cometido de otorgar a la psiquiatría la competencia especial de diferenciar entre la locura y la criminalidad (inimputabilidad penal) y otorgar el veredicto sobre quién debía ser juzgado y potencialmente castigado/absuelto y quien debía ir directa e indefinidamente al manicomio,⁶⁶ gracias a que ésta logró inscribirse como una ciencia higiénica, contaba con una institución igualmente efectiva para neutralizar la peligrosidad social, y la querella coincidió con la impotencia del nascente *subjetivismo* de la justicia «para determinar la punición de un crimen sin haber determinado los motivos» (Foucault, 1996, p. 110).

Si el crimen se convirtió entonces para los psiquiatras en un problema importante es porque se trataba menos de un terreno de conocimiento a conquistar que de una *modalidad de poder a garantizar y justificar*. Si la psiquiatría se convirtió en algo tan importante en el siglo XIX no es simplemente porque aplicase una nueva racionalidad médica a los desórdenes de la mente o de la conducta, sino porque *funcionaba como una forma de higiene pública*. La psiquiatría, en el tránsito del siglo XVIII al XIX, adquirió su autonomía y se revistió de tanto prestigio porque pudo inscribirse en el marco de una medicina concebida como *reacción a los peligros inherentes al cuerpo social* (énfasis mío, Foucault, 1996, p. 107).

Esta conquista histórica tras grandes controversias y enfrentamientos, posicionó a la psiquiatría como jueza y evaluadora tanto de la «responsabilidad del sujeto» mediante

⁶⁶ Antes de Esquirol, quienes habían cometido delitos sólo eran considerados inimputables si se encontraban en estado de delirio (desorden de consciencia) lo cual no conllevaba esfuerzo ni experticia pues jueces, jurados y médicos coincidían en la atribución de locura (De Saussure, 1946).

la inspección de los motivos, la voluntad y la racionalidad de los «actos delictivos», como de su «peligrosidad social». En ese mundo de las luces, las personas locas en tanto carentes de responsabilidad, y gracias al «humanismo autoritario»⁶⁷ de los primeros alienistas, también aquellas personas cuya locura quedaba definida por el crimen cometido o el «riesgo de peligrosidad» que solo ellos podían detectar, se libraban de la condena penal, para habitar de manera indefinida la condena, probablemente más pernicioso, del totalitario manicomio.

Además, la artificiosa identificación entre locura y peligrosidad social que catalizó la monomanía homicida y que continúa constituyendo un estigma no superado,⁶⁸ quedó sellada a fuego en esa *identificación total y legislativa* que todavía articula en la mayoría de países las ordenes de internamiento y tratamiento involuntario bajo el criterio de «riesgo de daño para uno mismo o para los demás» (Saya et al., 2019). Como mostró Castel (1980), la inscripción inicial de este tributo humanitario, que hoy define la psiquiatría contemporánea sin tapujos como «su rol de control social» (Bhugra et al., 2017), hay que remitirla a la *Ley francesa del 30 de junio del 1838 sobre los alienados*, acto fundacional y de regularización del manicomio y modelo ejemplar de la época.⁶⁹ Dicha ley reconoció a la psiquiatría como higiene social inscribiendo su labor —de modo generalizado— bajo la reclamada doble codificación que embestía a la locura como *enfermedad mental y peligro social* (Foucault, 2007c). Estableció, que como disciplina médica, la psiquiatría debía tomar a su cargo, «recibir y curar» en los manicomios, a «toda persona, incapacitada o no, cuyo estado pueda comprometer el orden público o la

⁶⁷ Expresión tomada de Castel (1980).

⁶⁸ Si bien, la peligrosidad formó parte de la percepción social de la locura tanto en la edad media como en el renacimiento, lo hacía de manera difusa e inespecífica, como una condición más entre otras vinculada al mundo de la marginalidad y la miseria y al estigma de lo demoníaco o lo irracional (Álvarez-Uría, 1983; Foucault, 2015a). Actualmente existe consenso respecto a que la asociación entre «enfermedad mental» y peligrosidad social constituye un mito, que articula un componente esencial del estigma y la discriminación en «salud mental» (Corrigan y Kleinlein, 2005). Las investigaciones en materia de violencia y «enfermedad mental» o «trastorno mental», evidencian que las personas marcadas por la psiquiatría cometen significativamente menos delitos que la población «normal» (WHO, 2001a); que son el «alcoholismo» y el «abuso de sustancias» las covariables más asociadas a actos violentos y delictivos— aparte, por supuesto del factor común de género «hombre»-, o diagnósticos específicos como el «trastorno de la personalidad antisocial» (OMS, 2002; Sampietro, 2010). Este último es una tautología, una medicalización del «comportamiento antisocial», pues es definido por la constatación reiterada de actos violentos y delictivos, es decir, se trata de un diagnóstico que patologiza, específicamente, la peligrosidad social. Por contra, en general, las personas marcadas por el diagnóstico psiquiátrico están más expuestas a la victimización, a la violencia y al abuso (Loinaz et al., 2011). La cuestión es tan evidente, que incluso la Asociación Americana de Psicología ha hecho un comunicado para desmentir la relación fuertemente establecida en medios de comunicación estadounidenses respecto a la «enfermedad mental» y la violencia por armas de fuego, véase en este sentido el *Statement of APA CEO on Gun Violence and Mental Health*. Para una revisión pormenorizada sobre el asunto puede leerse Sampietro (2010).

⁶⁹ La traducción al castellano de la Ley francesa del 1838 que puede ser íntegramente consultada en Castel (1980, p. 327-336).

seguridad de las personas» (citado en, Robert Castel, 1980, p. 331).⁷⁰ Desplazamiento importante, en la medida en que el nodo articulador del internamiento pasa en el plano jurídico del antiguo desorden de la conciencia (incapacidad) a la defensa social y la atribución biopolítica del cuidado del cuerpo de la nación (seguridad y orden público).

A través de la Ley del 1938 la administración efectuó por sí misma «la síntesis entre peligro y locura que la monomanía, antaño, tenía que demostrar teóricamente [...] no simplemente con respecto a algunos casos, algunos sujetos excepcionales y monstruosos; la realiza en todos los individuos cuya internación se dictamina (Foucault, 2007c, p. 136). La construcción de la monomanía homicida como locura infernal de lo monstruoso e incomprensible, que, en tanto patología de la «voluntad» y del «instinto» debía quedar exenta de responsabilidad penal, no sólo arrojó y extendió la sospecha infinita de peligro social sobre todas las «otras locuras», incluso cuando la tecnología de curación parecía haberlas transformado en cordura (Robert Castel, 1980), sino que también produjo una radical transformación en el saber psiquiátrico que redundó en la ampliación sin límites del campo de lo patologizable a partir de su constitución como mecanismo de defensa social.

⁷⁰En relación con la autoridad pública «ordenarán el internamiento de oficio, en un establecimiento de alienados, de toda persona, incapacitada o no, cuyo estado pueda comprometer el orden público o la seguridad de las personas». En el caso de los «internamientos voluntarios» (a petición de la familia y no de persona interesada) se establece un procedimiento de bloqueo y revisión del cese de la retención por la autoridad pública «si el médico del establecimiento cree que el estado mental del enfermo podría comprometer el orden público o la seguridad de las personas» (véase, Castel, 1980, p. 331).

De la monomanía a la «degeneración»: la inserción del poder psiquiátrico en el cuerpo-especie*

Las consecuencias de la síntesis administrativa articulada por la Ley francesa del 30 de junio del 1838 —que sirvió de modelo para el resto de legislaciones europeas, y por ende funcionó como arquetipo colonial-imperial a mundializar— fueron enormes; catalizaron la generalización y la expansión del poder-saber psiquiátrico por todo el cuerpo social (Álvarez-Uría, 1983; Robert Castel, 1980; Foucault, 2007c, 2007a). A partir de diversas prácticas, tanto discursivas como no discursivas, nació una nueva psiquiatría que sucediendo al alienismo dejó en un segundo plano los desórdenes de la conciencia en el eje verdad-error-conciencia, para adquirir como función patologizar todo desvío normativo del orden socio-sexual en tanto peligro biológico a conjurar (Foucault, 2007c, 2007a).

Así, hasta aproximadamente 1875, la psiquiatría experimentó una serie de mutaciones que la llevaron a convertirse, «ya no en sus límites extremos y sus casos excepcionales, sino todo el tiempo, en su cotidianeidad, en los pormenores de su trabajo» en el «médico judicial» y «la ciencia y la técnica de los anormales» (Foucault, 2007c, pp. 156-157). La gran familia de los anormales nació, según Foucault, a partir de tres figuras prototípicas, cuya sujeción asincrónica en torno a diferentes instituciones y dispositivos de control acabó por reunificarse en un heterogéneo género de «lo infrahumano» al abrigo de la categoría de «degeneración»: el monstruo humano, el individuo a corregir y el onanista (Foucault, 2007c, pp. 279-301).

La nueva ley del 1838, que inscribió a la psiquiatría como técnica de higiene social en un nuevo engarce con la administración en lo relativo al dictamen de los internamientos, tuvo el efecto de desplazar la antigua pregunta alienista en torno a la *capacidad-incapacidad* del «sujeto de derecho» (correspondiente a la concepción alienista de la locura como delirio en el eje verdad-error-conciencia), por el requerimiento administrativo de plantearse cotidianamente la novedosa —y forzada— pregunta en torno a la *peligrosidad* del sujeto:

a partir del momento en que entra en vigor la ley de 1838, van a ver que la pregunta planteada al psiquiatra será ésta: ¿tenemos ante nosotros a un individuo que es capaz de perturbar el orden o amenazar la seguridad pública? [...] Por decisión administrativa, lo que se plantea al psiquiatra es la cuestión del trastorno, del desorden, del peligro (Foucault, 2007c, p. 135).

* Hemos empleado los desarrollos sobre la «degeneración» de esta sección de la tesis, como base para una parte de un artículo en coautoría con Josep M. Comelles, que actualmente está en proceso de evaluación en la revista *Asclepio* (Pérez-Pérez y Comelles, 2022, enviado para publicación).

Este nuevo requerimiento orientó el «certificado médico», tanto en el «internamiento de oficio» como en el «internamiento voluntario» a petición de la voluntad igualmente coercitiva de la familia,⁷¹ al examen de los indicios patológicos que revelasen a la persona como *ser peligroso y susceptible de comprometer el orden público*; en la misma medida, las personas internadas fueron adquiriendo el puntiagudo rostro de la peligrosidad social (Foucault, 2007a, 2007c).

Tal transformación conllevó un nuevo equilibrio de poderes entre los niveles judicial, médico y familiar, heredados de la revolución francesa. Por un lado, el «internamiento de oficio», en su labor policíaca, pobló los manicomios de aquellos cuerpos sospechosamente peligrosos que vagabundeaban en desarraigo por el espacio público, sin que la psiquiatría pudiese hacer más que asilarlos y emitir su juicio patológico a posteriori, y sin efecto alguno sobre el status del internamiento de esa masa de sujetos a los que debía «curar» (Robert Castel, 1980; Foucault, 2007c). Por el otro, la demanda de la familia hacia el psiquiatra mutó, ya que debía solicitarle directamente a él «no que defina la incapacidad jurídica» de la persona a encerrar «sino que caracterice su peligro para ella, la familia», pues las ordenes de «internamiento voluntario» —esto es, a petición de la familia— debían operar, bajo el supuesto de peligrosidad (Foucault, 2007c, p. 140). El psiquiatra, en adelante inscrito en las oscuras y cotidianas tramas de las relaciones intrafamiliares, en tanto «monarca del manicomio» (Robert Castel, 1980), heredó las prerrogativas del Rey, pero a diferencia de éste, para posibilitar el encierro «no arbitrario», tuvo que patologizar todo tipo de comportamientos; su saber científico-técnico se convirtió en el nuevo elemento que engarce la política de confinamiento heredera del Antiguo Régimen con una de sus más prolíficas canteras: «la justicia inmanente [de] las familias» (Foucault, 2007c, p. 140).

Tendrá que psiquiatrizar toda una serie de conductas, trastornos, desórdenes, amenazas, peligros, que son del orden del comportamiento y ya no del orden del delirio, la demencia o la alienación mental. En lo sucesivo, las relaciones padres-hijos, hermano-hermana, marido-mujer van a convertirse, en sus perturbaciones internas, en el ámbito de investigación, el punto de decisión, el lugar de intervención de la psiquiatría (Foucault, 2007c, p. 140).

Estos renovados canales de recepción del manicomio, que se extenderán desde el espacio público, los vecindarios, las familias, el servicio militar, las escuelas, las fábricas, los correccionales, etc. asumiendo los «restos de las instancias disciplinarias» (Foucault,

⁷¹ Mientras que el «internamiento de oficio» se realizaba por orden prefectoral y el certificado médico llegaba a posteriori, sin incidencia real en la decisión administrativa de internar a la persona en un manicomio, el «internamiento voluntario» a petición de la familia, dependía directamente del certificado favorable del psiquiatra.

2007c, p. 143), dieron lugar a la emergencia de un diverso abanico de personajes asilares —la obsesión, la perversión, la maldad, la monstruosidad, todo el campo de la sexualidad desviada, las conductas incorregibles, etc.— cuyos rostros y cuerpos particulares, recortados desde un fondo moralizante y normativo de desorden y peligrosidad social — en el marco de una sociedad organizada contractual y económicamente en torno al patriarcado del salario— requerían ser patologizados.

A este proceso de patologización se le sumó, en paralelo, y también gracias a la Ley del 1838, la generalización del poder psiquiátrico desde el estudio y la psiquiatrización de la infancia. Ésta se produjo, según Foucault, fundamentalmente pero no solo, a partir de la figura del niño y la niña «imbécil» «idiotas» o «débil mental» debido a la re-anexión institucional de todo el campo de la infancia al espacio manicomial en el periodo que fue de entre 1835 a 1845 (Foucault, 2007a, p. 246). Tal absorción de la infancia ligada a la noción de «imbecilidad» quedó recortada por la necesidad de liberar a las familias de los cuidados que requerían estos infantes para posibilitar su incorporación al trabajo, justamente en el mismo momento en que las categorías de «locura» e «imbecilidad» empezaban a cobrar una decidida autonomía en el plano teórico.⁷² Cuando Édouard Seguin (1812-1880), padre de las escuelas especiales y de la psicopatología del «retraso mental» y propulsor de la transposición de la lógica de dominación del *tratamiento moral* a la educación de «los idiotas» y los «débiles mentales», siguiendo la estela del prestigioso Esquirol, empezaba a defender que la «imbecilidad» no es una «enfermedad mental» (Foucault, 2007a, p. 246).

Tal disparidad entre teoría y práctica se debió a que la «locura» y la «idiotéz», tanto adulta como infantil, quedaron bajo expresa orden ministerial al amparo de la asistencia de la Ley del 1838,⁷³ lo cual acabó por traducirse en un fecundo campo de investigación psiquiátrica en torno a las nociones de «desarrollo» normal y patológico, y en la diseminación del estigma de peligrosidad social al nascente campo del «retraso mental» (Foucault, 2007a, p. 247). Es interesante destacar que este estigma permaneció intensamente durante los siguientes 50 años, a pesar de que los médicos franceses de la época se quejaron largo tiempo de verse obligados a «redactar falsos informes, a hacer más negra la situación, a presentar al idiota o el débil mental como peligroso para poder obtener que sea asistido» (Foucault, 2007a, p. 258).

⁷² La imbecilidad era considerada en las nosografías del siglo XVIII como una forma de locura, una especie de profundización generalizada del delirio, «una suerte de delirio que ha llegado a su punto más agudo» (Foucault, 2007a, p. 253).

⁷³ La orden ministerial datada de 1940 declara que «por haber decidido el ministro del interior que la ley de 1838 era aplicable a los idiotas e imbeciles, los niños ya no podían residir en otro establecimiento que no fuera un asilo de alienados» (Foucault, 2007a, p. 247).

En el plano de la elaboración teórica, esta dinámica de recaptación y patologización que fue absorbiendo –en el interior del manicomio– el extenso campo de la «anomalía» adulta e infantil al abrigo del triunfo perpetrado por la identificación entre peligrosidad social y locura hecha ley de asistencia; convergió conceptualmente en torno a las anteriormente residuales nociones de «instinto» y «conducta voluntaria e involuntaria», que habían sido puestas a funcionar inicialmente y de manera excepcional, en la querella en torno a la *monomanía homicida*, que permitió encadenar productivamente el poder psiquiátrico al aparato jurídico-penal (Foucault, 2007c, p. 132). Tal y como evidenció Foucault (2007c, 2007a), esto sucedió paralelamente en los más diversos planos de injerencia –la imbecilidad, el delirio, la sexualidad, la monstruosidad, la indocilidad– hasta que el *instinto* desató todos sus automatismos para acabar desplazando al delirio como núcleo explicativo privilegiado de la locura y la reunificó en torno a 1845 en el principio de Jules Baillarger (1809-1890);⁷⁴ dando lugar, a mediados del siglo XIX, según Foucault al nacimiento propiamente dicho de la psiquiatría, y a la muerte del alienismo:

El principio de Baillarger —con la primacía de la cuestión de lo voluntario, lo espontáneo, lo automático; con la afirmación de que los síntomas de la enfermedad mental, aunque estén localizados, afectan al sujeto en su totalidad es el fundador de la segunda psiquiatría. [...] En ese sentido, podemos decir que Esquirol aún era un alienista; Baillarger y sus sucesores ya no lo son, son psiquiatras [...]. Y como podrán ver [...] esa desalienización de la práctica psiquiátrica, por el hecho de que ya no existe la referencia obligatoria al núcleo delirante, al núcleo demencial, al núcleo de locura, desde el momento en que ya no hay esa referencia a la relación con la verdad, la psiquiatría finalmente ve abrirse ante ella, como dominio de su injerencia posible [...] el ámbito de todas las conductas posibles (Foucault, 2007c, pp. 151-153).

Un buen ejemplo del «automatismo» de los instintos, vinculado a las manías, que además entronca directamente con el racismo científico, es el de la *drapetomania* una «enfermedad de la mente» definida en el sur de los EEUU en 1851, que causaba —de forma incontrolable— «la fuga del esclavo» y que «con las ventajas de un consejo médico adecuado [...] ésta molesta práctica que tienen muchos negros de huir, puede evitarse casi por completo, aunque los esclavos estén situados en las fronteras de un Estado libre, a tiro de piedra de los abolicionistas» (Cartwright, 1851, p. 707). En cualquier caso, esta multiplicación de locuras que irradió nuclearmente desde los automatismos del instinto

⁷⁴ Según el principio de Baillarger lo que caracteriza la locura, es algo que se asemeja a un estado de sueño «pero, para él, el sueño no es un estado en el que uno se equivoca de verdad, es un estado en el cual no es amo de su voluntad; un estado en el que uno está completamente atravesado por procesos involuntarios. El sueño es algo así como el modelo de cualquier enfermedad mental en cuanto foco de los procesos involuntarios [...] a partir de esta perturbación en el orden y la organización de lo voluntario y lo involuntario, van a desplegarse todos los demás fenómenos de la locura» (Foucault, 2007c, p. 151).

frente a la voluntad y la libertad humana contra un fondo normativo de conducta, se aproximó a la mecánica del cuerpo —y a la animalidad acechante—, permitiendo, en el mismo gesto constitutivo del *instinto como el nuevo nodo organizador de la locura*, hacer ese añorado y legitimador anclaje con «la medicina orgánica o funcional, por intermedio de la neurología» (Foucault, 2007c, p. 155) y encadenar el desorden respecto a la norma de conducta a una disfuncionalidad orgánica subyacente; un gran triunfo conceptual que no hizo más que preparar el siguiente.

Siete años después, la teoría de la degeneración de Bénédict Morel (1809-1873) permitió, no sólo desplegar un fructífero entramado de *flexibilidad causal orgánica y hereditaria* que anudó en una misma trama —en expansión— a la gran familia de los anormales afianzando así la legitimidad de la psiquiatría como disciplina médica; sino que también posibilitó sancionar los fracasos terapéuticos de la psiquiatría y perpetuar el cuestionado y rebosante manicomio como depósito de cuerpos incurables, en el mismo gesto en que proyectaba todo un nuevo campo de intervenciones higiénicas y morales extramanicomiales sobre las masas sociales, destinadas a proteger al cuerpo-especie de la degeneración y aumentar su vigor (Caponi, 2009a; Robert Castel, 1980; Foucault, 2007c).

El título de la «gran pieza teórica de la medicalización del anormal» (Foucault, 2007c, p. 293) habla por sí mismo: *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* (Tratado de la degeneración física, intelectual y moral de la especie humana) (Morel, 1857). Esta síntesis triádica estuvo inspirada en la «ley divina, fija e inmutable» del tratamiento moral nacido del manicomio (Morel, 1857, p. 658). En dicha obra, Morel concibió la «degeneración»⁷⁵ como un «desvío anormal y mórbido» que afectaba a quienes por una u otra causa – adquirida o congénita⁷⁶— se alejasen del tipo normal u original de la especie humana. Este tipo, hecho a imagen y semejanza de Dios, representaba en sus propias palabras «la obra maestra y el resumen de la creación» (Morel, 1857, p. 1).

⁷⁵ El término «degeneración» aplicado a «lo humano», como mostro Caponi, es de raigambre colonial. Apareció en la historia natural del siglo XVIII para designar el efecto de la exposición de los colonos a climas extremos distintos al natal, el cual podía producir «razas» o «individuos» degenerados, no obstante esta degeneración no se transmitía a través de la herencia pues «cambiadas esas condiciones [climáticas], el organismo recuperaba su estado natural». En este caso «la terapéutica podía limitarse simplemente a la restitución al clima de origen, a la disminución del tiempo de permanencia de soldados y colonos en las colonias de clima tórrido, el control de las bebidas alcohólicas y de la alimentación», o al rescate de los descendientes, en caso de que la «degeneración» estuviese muy avanzada (Caponi, 2009b, párr. 427).

⁷⁶ Morel (1857) concibió causas muy variadas, desde las intoxicaciones diversas, con un especial papel del alcoholismo, y las influencias del medio social, a la herencia. En este sentido parte de una perspectiva afín a los postulados de Lamarck según los cuales los caracteres adquiridos son transmitidos a las siguientes generaciones (Caponi, 2010).

Los seres degenerados forman grupos y familias con elementos distintivos relacionados invariablemente a las causas que los transformaron en eso que son: un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad (Morel, 1857, p. 75).

La particularidad de esta desviación mórbida que amenaza a la especie humana «con la destrucción y la degradación» (Morel, 1857, p. 3), residía en que, independientemente de su causalidad adquirida o congénita, se transmitía hereditariamente de generación en generación de forma aleatoria, hasta producir la extinción de la estirpe por esterilidad en la cuarta generación: la «alienación mental» —incluyendo la familia de la «locura» y la «imbecilidad»— era el fatídico final de este camino de degradación (Caponi, 2009b). El mecanismo hereditario de transmisión de la degeneración concebido por Morel era completamente laxo y aleatorio en la expresión de sus efectos; en su propuesta la «masturbación infantil», podía dar lugar al «alcoholismo», para llegar a expresarse en la sucesiva generación como una «sordomudez», una «epilepsia» o quizás un «comportamiento delictivo», y acabar tras el siguiente alumbramiento en «demencia» o «imbecilidad».

Para combatir la degeneración, Morel propuso la «profilaxis defensiva», esto es el encierro manicomial y el tratamiento moral —cuando este ya estaba desacreditado— pero ahora sin pretensión ni expectativa de curar, solo destinado a proteger de la peligrosa influencia mórbida «el interés común» —social y familiar— (Morel, 1857, p. 391). A pesar de ser crítico con la «superpoblación e indiferenciación» de los manicomios (Robert Castel, 1980, p. 281), aconsejó este mismo encierro defensivo a los «sordomudos y ciegos de nacimiento», pues allí, además de recibir una «educación conveniente», en tanto objetos de experimentación psiquiátrica «estos miembros inútiles, incómodos o peligrosos en razón de su estado degenerativo» podrían convertirse en «miembros útiles de la sociedad» (Morel, 1857, pp. 692-693).

En síntesis, las insuficiencias curativas de la psiquiatría siempre podrían saldarse por su función de defensa social y por el fructífero programa de investigación realizado en los manicomios. Pronto los manicomios transmutarán en depósitos de cuerpos humanos considerados «incurables», emergerán los «ineducables» y caerá «sobre sí misma la noche manicomial. Grandes lugares de la muerte donde cada vez será más paródica la referencia médica» (Castel, 1980, p. 291).

Esta racionalidad no dejó más remedio que salir a prevenir lo que se asumió que no se podía curar. Para ello Morel propuso la «profilaxis preventiva» como higiene social extra-manicomial dedicada a la «universalización del tratamiento moral a las masas sociales» (Morel, 1857, p. 682), cuya puesta en práctica a través de la modulación de los hábitos higiénicos y morales tuvo el efecto de abrir un «infinito campo de intervenciones

[dónde...] el médico ofrece sus servicios y se multiplica» ante cualquier «riesgo de desorden» (Castel, 1980, p. 291).

La profilaxis preventiva de Morel, amparada por un «laxismo causal» que permitía «establecer las redes hereditarias más fantásticas» y que situó en la sexualidad de los ascendentes el mecanismo de reproducción responsable «de las aberraciones comprobadas en sus descendientes» (Foucault, 2007c, pp. 291-292), dio también lugar a la Caza de degenerados y degeneradas, en tanto cuerpos portadores de un peligro biológico que corroía a la especie humana desde dentro, amenazando con minar la salud y el vigor del cuerpo de la nación. Supuso un rastreo sistemático de los árboles genealógicos familiares para identificar los tipos de degeneración convergentes expresados en patrones de estigmas físicos, intelectuales y morales (Caponi, 2009b; Pick, 1993a).

La degeneración abrió así un campo infinito de intervenciones higiénicas para el poder-saber psiquiátrico en su nueva función de «defensa social» generalizada y «protección biológica de la especie» (Foucault, 2007c, p. 294). Desde la matriz del biopoder que Foucault (2001, 2007b) planteó posteriormente, esto constituye un desplazamiento de su mandato curativo (hacer vivir) de un ámbito anatomopolítico (disciplinar, basado en el cuerpo-individuo) a uno estrictamente biopolítico: lo que hay que preservar es la vida del cuerpo-especie, amenazada por los «degenerados» y «degeneradas», que se constituyen como el enemigo a erradicar (hacer morir). El nuevo centro de intervención de la psiquiatría de la degeneración se situó en la reproducción biológica de la especie, otorgándole un «derecho de injerencia en la sexualidad familiar» (Foucault, 2007c, p. 294), la cual «representa, exactamente, el punto de articulación de lo disciplinario y lo regularizador, del cuerpo y de la población» (Foucault, 2001, p. 228).

Ésta nueva psiquiatría de la degeneración que abandonó toda pretensión de curar para entregarse a prevenir y «defender la sociedad» contra la herencia degenerada que deje a su paso todo ser humano cuya corporalidad, capacidades, sexualidad, conducta inmoral e incluso ideas políticas desafíen la normalidad que encarna el tipo normal de la especie humana fue hegemónica por más de 50 años, y hasta principios del siglo XX (Foucault, 2007c). Desde mediados del siglo XIX en adelante la degeneración empezó a convertirse en un foco central de investigación médica y antropológica en Europa (Pick, 1993a). Llegó a penetrar de tal modo el imaginario de su época que se puede documentar en la producción novelística, como es el caso de Émile Zola (1840-1902) (Zola, 1893). De hecho, la aceptación generalizada de la amenaza hegemónica de degeneración en el último tercio del siglo XIX, llevó a que contra ésta se lanzaran todo tipo de «soluciones», incluida, en España, la Revolución anarquista: cuyo diagnóstico achacaba el declive

biológico de la «especie» o de la «raza», que afectaba sobre todo a las clases proletarias, a las condiciones de vida generadas por el capitalismo, y dónde «la Revolución se convertía en la única forma de asegurar la salud del organismo social» (Girón, 1999, p. 251).

Valentin Magnan (1835-1916) fue uno de los más importantes sistematizadores y difusores iniciales de la teoría de Morel en la segunda mitad del siglo XIX. Magnan, influido por el emergente darwinismo y el evolucionismo social (Morgan, 1970), desplazó la concepción mística y absoluta de Morel en torno a la perfección del «tipo original» en favor de una conceptualización de la «degeneración» en tanto regresión a estadios evolutivos «inferiores» —como el «salvajismo» y la «barbarie»— puesto que, para él, la «civilización» definía el «tipo normal y patológico» (Huertas, 1992). En este contexto de hegemonía de la teoría de la degeneración emergieron los primeros planteamientos eugenésicos de Francis Galton (1822-1911) (Álvarez Peláez, 1985; Gillham, 2001; Stocking, 1987) y las ideas de Cesare Lombroso (1835-1909) sobre las razas humanas (Lombroso, 1871) quien hizo una síntesis entre antropología, psiquiatría y criminología (Lombroso, 1897).

Lombroso utilizó la teoría de la degeneración —entre otros— para legitimar la existencia de «criminales natos», esto es, individuos «degenerados» en los que emergían formas psíquicas y biológicas de carácter «inferior» y «ancestral». Sus teorías degeneracionistas y sus métodos antropométricos tuvieron un fuerte impacto en el desarrollo de la medicina-legal y en los debates internacionales sobre las reformas penales del último tercio del siglo XIX y principios del siglo XX (Campos, 2013; Huertas, 1993; Peset, 1983). Su propuesta, que incorporaba las nuevas metodologías antropométricas desarrolladas por el médico y antropólogo Paul Broca (1824-1880) (Blanckaert, 2009), triunfó en la medida en que permitía identificar mediante «estigmas» somáticos a criminales potenciales, y criminalizar y patologizar así a «prostitutas, revolucionarios, anarquistas, [...] todos aquellos individuos o grupos que pudieran amenazar el equilibrio burgués» (Huertas, 1993, p. 150) (Véanse Ilustraciones 1-5). Fue en ese último tercio del siglo XIX cuando la psiquiatría degeneracionista se hizo cargo de lo que Foucault llamó la «demanda política» conservadora que la insertó «contra un fondo de estabilidad e inmovilidad social» (Foucault, 2007c, pp. 145-149):

Creo que podemos decir esto: se empezó a solicitar a la psiquiatría que proporcionara algo que podríamos llamar un discriminante, un discriminante psiquiátrico político entre los individuos o un discriminante psiquiátrico de efecto político entre ellos, entre los grupos, entre las ideologías, entre los procesos históricos mismos (Foucault, 2007c, p. 145).

Los estudios de la degeneración extendieron sus cuadros nosológicos hasta aproximadamente el año 1926 dando lugar a una infinidad de producciones, entre ellas, las manías persecutorias, el exhibicionismo, la ninfomanía, la cleptomanía, la homosexualidad, el masoquismo, etc. (Caponi, 2009b, p. 427). Los seguidores de Morel hicieron emerger el amplio abanico de las perversiones sexuales para traducir en «términos médicos las prescripciones morales existentes», especialmente sobre el cuerpo de la mujer, la infancia y los «perversos» (Caponi, 2019a, p. 24). Además, la asunción de la demanda política conservadora llevó a la psiquiatría a incorporar bajo el paraguas siempre en extensión de los tipos de degeneración humana a erradicar, a toda clase de movimientos sociales e ideologías políticas: desde el anarquismo, el socialismo, y el comunismo (Foucault, 2007c; Huertas, 1993) hasta los movimientos sufragistas, el veganismo o la defensa de los animales (Caponi, 2019a).

Y aunque Morel no definió las características del «tipo originario» de ser humano — que por definición es monádico— y simplemente dijo que estaba hecho a imagen y semejanza de Dios, cuando sus postulados fueron profundizados y desacralizados por sus seguidores emergió, del aparato de verificación de los estigmas en los que participaron muy diversas disciplinas —además de la psiquiatría, la antropología, la craneología, la criminología, etc.—, algunas de las características de su forma particular: la masculinidad, la blanquitud y la adultez (Caponi, 2019a). Y es que estos prominentes estudiosos, hicieron del tipo original u normal de humanidad algo construido *a su imagen y semejanza*.

Así, por ejemplo, como ha mostrado Sandra Caponi (2019a) desde los estudios craneales de Broca en 1870 que concluyeron la inferioridad intelectual de la mujer en base al menor peso de su cerebro, a las taxonomías del portugués Miguel Bombarda (1851-1910) de 1896, la mujer tipo en sí misma, aquélla que se ajuste a la norma representada por la *mujer-madre* (y la esposa) seguirá siendo, aún en su constitución más perfecta «una degenerada»: pues toda mujer es un desvío mórbido respecto al «tipo hominal» (Caponi, 2019a, p. 27).

En este contexto, a la persecución psiquiátrica de las «prostitutas», se sumó la de las «eruditas o cerebrales», es decir se patologizó a las sufragistas feministas, quienes padecían una degeneración mucho más profunda y completa que la de *la mujer tipo*, a la que el prestigioso Paul Julius Moebius (1853-1907), en su obra *La inferioridad mental de la mujer*,⁷⁷ publicada por primera vez en el 1900, bautizó como la degeneración del «hermafroditismo psíquico»: una aberración consistente en «introducir un cerebro de

⁷⁷ El título original es *Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes*.

hombre en un cráneo de mujer» (citado en, Caponi, 2019a, p. 34). Tal monstruosidad debía ser combatida con su respectiva profilaxis preventiva: «ante todo se debe quitar del medio lo que pueda ser perjudicial a la mujer como madre, es decir, la educación de las jóvenes» pues las escuelas superiores e institutos femeninos son «un gran tumor» que asedia desde dentro la integridad de la especie, por lo que los médicos deben «proteger a las mujeres del intelectualismo» (citado en, Caponi, 2019a, p. 38). Estas tesis psiquiátricas misóginas derivadas de la teoría de la degeneración —pero también racistas, clasistas, cuerdistas y capacitistas— lejos de ser aportaciones aisladas constituían el espíritu psiquiátrico de la época, a pesar de que se partía de un trasfondo social de hombres que ya habían defendido la causa de las mujeres (Caponi, 2019a).

Y así es como esta tecnología biopolítica y normalizadora de reducción de lo humano a «lo mismo», en sus ansias por purificar la especie y avivar las fuerzas (re)productivas del cuerpo-nación, acabó por hacer de la nueva psiquiatría de la anormalidad y la degeneración el principal órgano científico-médico de legitimación y difusión del «racismo biológico de estado» que irradió desde toda Europa durante la segunda mitad de siglo XIX y primera del XX al abrigo del darwinismo social, la antropología física y la eugenesia (Foucault, 2007c; Pick, 1993a).

La psiquiatría, al convertirse en ciencia y gestión de las anomalías individuales, alcanza [...] su grado máximo de poder. Puede pretender, efectivamente (y es lo que en realidad hace a finales del siglo XIX), substituir a la justicia misma; y no solo a la justicia, sino a la higiene; y no solo a la higiene, sino, finalmente, a la mayoría de las manipulaciones y controles de la sociedad, para ser la instancia general de defensa de esta contra los peligros que la minan desde dentro. [...] a partir de la noción de degeneración, a partir de los análisis de la herencia, puede efectivamente [...] dar lugar a un racismo [...] muy diferente del racismo tradicional, histórico, el *racismo étnico*. El racismo que nace en la psiquiatría de esos momentos es el racismo contra el anormal contra los individuos que, portadores de un estado, de un estigma o de defecto cualquiera, pueden transmitir a sus herederos, de la manera más aleatoria, las consecuencias imprevisibles del mal que llevan consigo [...] Racismo interno, racismo que permite filtrar a todos los individuos dentro de una sociedad dada (Foucault, 2007c, p. 249).

Para Foucault, la política de exterminio perpetrado por el nazismo, que operó sobre la base preparada por la teoría de la degeneración y su descendiente —la eugenesia—, vinculando el «racismo étnico» —entre grupos humanos— a lo que llamó el «racismo contra el anormal» —basado en procesos de individualización y filtrado interno dentro de una misma colectividad o grupo humano— al que llamaremos capacitismo y cuerdistismo, fue la máxima expresión de esta gobernanza biopolítica sobre el cuerpo-colectivo, cuerpo especie, cuerpo-raza, cuerpo-nación, tras desatar el derecho soberano de matar (Foucault, 2001, 2007c).

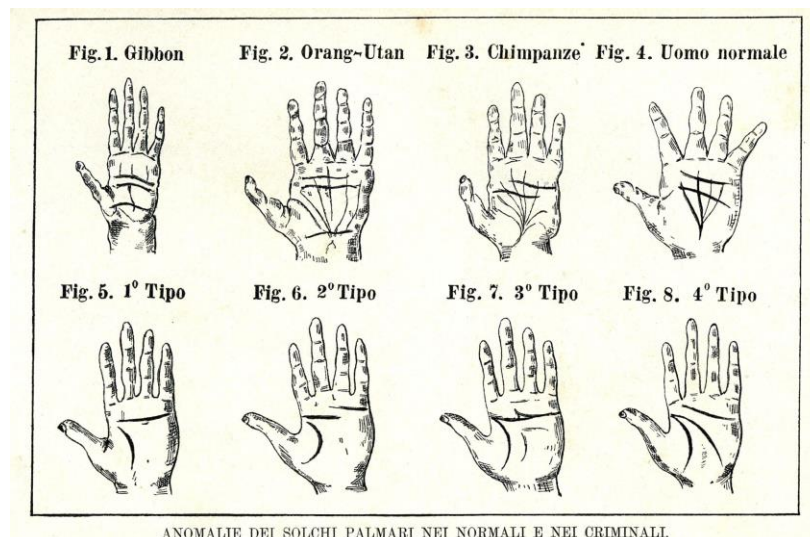


Ilustración 1. *Anomalie dei solchi palmari nei normale e nei criminali*
«Anomalías del surco palmar en normales y criminales»

Ilustración contenida en *l'Uomo delinquente* (Lombroso, 1897, fig. XXXIV). En ella Lombroso establece una comparación anatómica entre la palma de la mano de diversos primates, la de un «hombre normal» y las de cuatro tipos criminales, que pretende identificar los estigmas palmarios del criminal nato, en tanto tipo degenerado atávico. *Fondo bibliográfico de la Biblioteca de la Facultad de Derecho de la Universidad de Sevilla* (CC BY-NC 4.0).

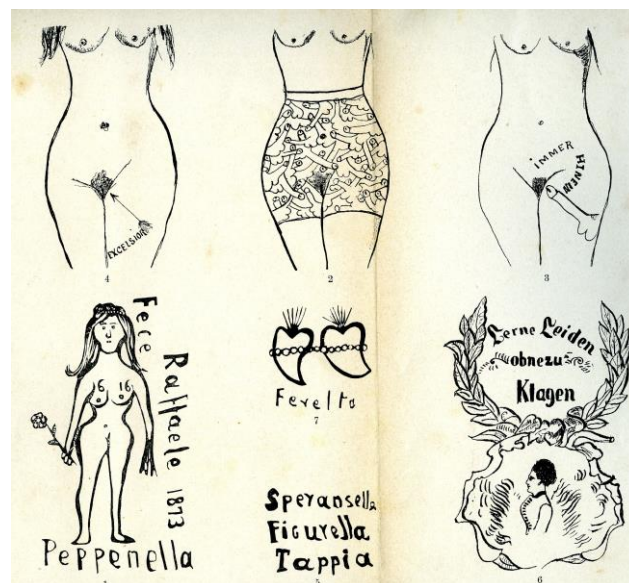


Ilustración 2. *Tatuaggi di prostitute delinquenti*
«Tatuajes de las prostitutas delincuentes»

Ilustración contenida en *l'Uomo delinquente* (Lombroso, 1897, tab. LXVI). La explicación ampliada indica: «Fig. 1. Una prostituta con estos tatuajes en el vientre hechos por su amante. El 6 y el 16 representan en argot las aberturas del ano y la vulva; Fig. 2. Una prostituta de 18 años de Buenos-Aires; Fig. 3. El texto significa: “Siempre dentro”; Fig. 4. Prostituta francesa; Fig. 5. Los nombres de los cuarteles (*guarnigioni*) por los que pasó esta joven en doce años; Fig. 6. Delincuente y prostituta alemana. La inscripción significa: “Aprende a sufrir sin lamentarte”; Fig. 7. Dos corazones con el lema mal escrito, Fidelidad, en el hombro, ejecutado en la joven Luisa, de Nápoles» (Lombroso, 1897, p. xv). *Fondo bibliográfico de la Biblioteca de la Facultad de Derecho de la Universidad de Sevilla* (CC BY-NC 4.0).

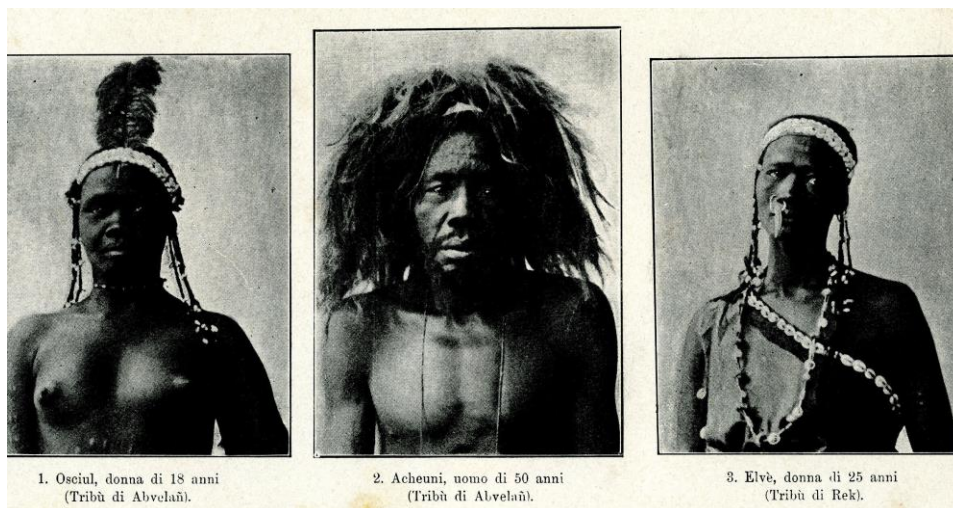


Ilustración 3. *Tipi di Dinka*
«Tipos de Dinka»

Fotografías contenidas en *l'Uomo delinquente* (Lombroso, 1897, tab. XCIV). Retrato de tres personas presentadas como ejemplos de «salvajes» del pueblo Dinka, asentado en la sabana que rodea los pantanos centrales de la cuenca del Nilo, principalmente en Sudán del Sur. La leyenda, dice: «1. Osciul, una mujer de 18 años (Tribu de Abvelañ); 2. Acheuni, un hombre de 50 años (Tribu de Abvelañ); 3. Elvè, una mujer de 25 años (Tribu de Rek)». El atlas contiene, tras esta imagen, los resultados de la medición de los «campos visuales» de individuos «dinka», seguidos por los resultados de la misma medición en «criminales» y «prostitutas». *Fondo bibliográfico de la Biblioteca de la Facultad de Derecho de la Universidad de Sevilla* (CC BY-NC 4.0).

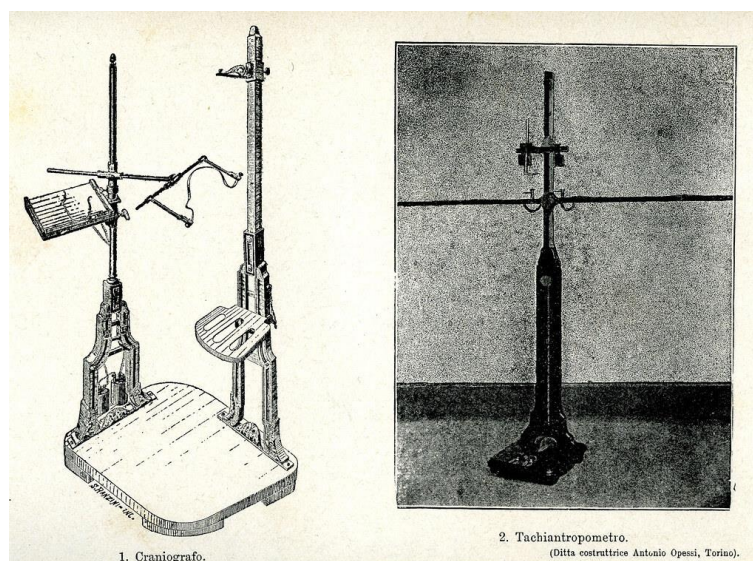


Ilustración 4. *Craniografo e antropometro Anfosso*
«Craneógrafo y antropómetro Anfosso»

Ilustración y fotografía contenidas en *l'Uomo delinquente* (Lombroso, 1897, tab. XCVIII). Muestra de dos instrumentos de antropometría similares a los empleados por antropólogos, psiquiatras y otros especialistas para establecer relaciones causales entre características físicas —individuales o raciales— y cualidades morales, intelectuales y comportamentales. Particularmente se observa un craneógrafo y un taquiantropómetro, ambos diseñados por el abogado Luigi Anfosso, y empleados por Lombroso para fundamentar empíricamente su teorías sobre el «criminal-nato». *Fondo bibliográfico de la Biblioteca de la Facultad de Derecho de la Universidad de Sevilla* (CC BY-NC 4.0).



Ilustración 5. *Mattoidi e pazzi morali rivoluzionari*
«Mattoides y locos morales revolucionarios»

Fotografías contenidas en *l'Uomo delinquente* (Lombroso, 1897, tab. LXI). En la explicación ampliada que Lombroso hace del conjunto de personajes revolucionarios diagnostica a ojo diversos «tipos criminales» en función de su fisonomía: «a) Passanante, Lazzaretti, Allix, sin fisonomía criminal, mattoides; b) Luisa Michel, mattoide, fisonomía viril; c) Cavalieri, loco, frente retraída, acrocefalia; d) Cola da Rienzi, monomaniaco, mandíbulas enormes; d) Riel, monomaniaco, mandíbulas enormes, pelo espeso; e) Todos los demás delincuentes-natos, tienen fisonomía criminal» (Lombroso, 1897, p. xiv). *Fondo bibliográfico de la Biblioteca de la Facultad de Derecho de la Universidad de Sevilla* (CC BY-NC 4.0).

CAPÍTULO II

LA «SOLUCIÓN FINAL» DE LA PSIQUIATRÍA DEL III REICH AL PROBLEMA DE LA «DEGENERACIÓN DE LA RAZA»

Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
Declaración Universal de Derechos Humanos, Art. 2. par 1.

El artículo segundo de la DUDH compone una buena distribución en torno al régimen de (in)visibilidad de las formas de violencia estructural ilustrando cuáles fueron reconocibles socialmente en 1948. Así, evidencia el importante marco de reconocimiento internacional alcanzado respecto a lo que ahora podemos nombrar, desde una aproximación de análisis interseccional (Crenshaw, 1991), ejes de dominación-privilegio basados en la raza, la clase social, el sexo, el origen nacional o de nacimiento, la religión o la cultura, y la ideología política.

Tal reconocimiento fue enérgicamente disputado y defendido por los movimientos sociales de emancipación más importantes de la época, recogiendo fundamentalmente las demandas de los grupos antirracistas, antiesclavistas, sufragistas, anticoloniales, marxistas y por las minorías étnicas y religiosas contra la impunidad de la dominación, la desigualdad y la discriminación, construidas alrededor de estas diferencias (Lauren, 2013).

Sin embargo, esta configuración evidencia también el régimen de invisibilidad social de la dominación respecto a prácticamente todos los cuerpos que quedaron subsumidos y patologizados bajo el poder/saber psiquiátrico en torno al expansivo paraguas normalizador de la «degeneración» donde podemos incluir la atribución de «locura», con toda la variedad de «enfermedades y defectos mentales» a la que dio lugar su constitución en objeto de medicalización; demencia, histeria, manía, esquizofrenia, debilidad mental, imbecilidad, etc.; a la diferencia corporal con su abanico de «monstruosidades»: sordoceguera, parálisis, cretinismo, hermafroditismo...; y a la diversidad de prácticas sexuales e identificaciones de género, con su gama de «perversiones»: homosexualidad, onanismo, prostitución, travestismo... Desde luego

esta lista no recoge las incontables condiciones «físicas, intelectuales y morales» (Morel, 1857) capturadas bajo el productivo paraguas de la degeneración,⁷⁸ sino que trata de visibilizar tres «familias» que desde nuestra contemporaneidad son fácilmente identificables. Todas estas formas de existencia literalmente estigmatizadas habían sido constituidas desde Morel, pasando por Magnan, Lombroso y hasta Kraepelin y seguidores como una amenaza biológica interna y hereditaria que conduciría a la degradación y destrucción de la especie humana o de la raza superior.

Lo que no captó la DUDH, y a lo que por tanto no respondió, fue el aparato biopolítico y normalizador de la psiquiatría que irradiaba desde Europa produciendo condiciones de infrahumanidad, seres contruidos como amenazantes, aberrantes y disfuncionales, cuya existencia social debía ser erradicada: ya fuera mediante la prevención del encierro permanente, la esterilización forzosa o el exterminio: *profilaxis preventiva y profilaxis defensiva contra lo infrahumano*. Y esta fragante omisión, se dio a pesar de que la DUDH se elaboró como una respuesta de *condena común* intercultural a los recientes y atroces crímenes del nazismo (Morsink, 1999a, p. 37). Estas tres familias, disidentes y desviadas del tipo normativo de la especie humana, constituyeron las víctimas invisibles del nazismo. Sus corporalidades, capturadas como patológicas y anormales, tendrían que esperar hasta finales de los años 60 y principios de los 70 para autoorganizarse como movimientos «somatopolíticos» (Preciado, 2013) que luchen por desplazar los valores de igualdad, libertad y dignidad a nuevos horizontes.

A mediados de los años 70, Foucault dijo que «el nazismo» solo tuvo que conectar la «guerra contra el anormal»⁷⁹ que había instalado el degeneracionismo, esto es, la primera psiquiatría biologicista, con el «racismo étnico» endémico en Europa, y desplegar el «derecho soberano de matar», para llevar a sus últimas consecuencias «la mecánica inscrita en el funcionamiento del Estado moderno» con «un Estado absolutamente racista, absolutamente asesino y absolutamente suicida» (Foucault, 2001, p. 235, 2007c, p. 295). Ciertamente el nazismo llevó a su máxima expresión, en una burocracia exterminadora y totalitaria, las formas de gubernamentalidad asociadas

⁷⁸ La lista se podría extender añadiendo otras condiciones, como la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo, el comportamiento delictivo o la epilepsia.

⁷⁹ Foucault conceptualizó el degeneracionismo como un nuevo tipo de racismo cuyo origen es psiquiátrico. Un «racismo contra el anormal [...] que no tendrá por función tanto la prevención o la defensa de un grupo contra otro como la detección, en el interior mismo de un grupo, de todos los que pueden ser portadores efectivos del peligro. Racismo interno, racismo que permite filtrar a todos los individuos dentro de una sociedad dada» (Foucault, 2007c, p. 294). A efectos de inteligibilidad con nuestro presente evitaré emplear el término «racismo» para referirme a este proceso médicamente codificado. En nuestra contemporaneidad cuenta con diversos «nombres propios», entre ellos, capacitismo, cuerdisimo, mentalismo y heterosexismo.

al poder soberano y a los biopoderes. También Agamben (2019) concibió el régimen nazi como la expresión más paroxística de la articulación entre el poder soberano de matar y la biopolítica, esto es, entre un «hacer morir y hacer vivir» que opera sobre el cuerpo nacional Ario del *Volk* (cuerpo–raza), régimen que describió como tanatopolítico.

Pero ¿podemos atribuir al nazismo las mortíferas hazañas teóricas que subyacen a su puesta en acción? ¿quién exactamente conectó y desde dónde, el degeneracionismo de la «especie» con el degeneracionismo de la «raza»? ¿quién y con qué propósito, reclamó como responsabilidad de Estado el derecho soberano de matar a las «vidas desprovistas de valor»? ¿dónde se inventó la elusiva «solución final»? ¿y la cámara de gas? ¿dónde y con qué objetivo, se creó la máquina que posibilitó vestir el exterminio de «tratamiento» e industrializarlo —en una fábrica infernal— hasta exterminar a diecisiete millones de personas? ¿quiénes quedaron libres de condena y qué mecanismos de gobierno, devaluación y desposesión de la vida legaron para nuestro mundo? Estas son algunas de las preguntas que incitan este capítulo y que considero relevante plantear, porque sitúan, en los extremos más capilares de este ejercicio de saber-poder mortífero, no al nazismo, sino a la psiquiatría biologicista, por entonces —y por ahora— la más prominente del mundo.

La genealogía es una tarea inacabada que actúa sobre el porvenir desde su compromiso con un presente histórico, siempre evanescente y formativo. Es desde el presente, desde dónde latan nuestras preguntas. Es desde el presente desde dónde interrogamos a la historia, para agrietar la amalgama hegemónica y naturalizada del poder y del saber que entreteje los dispositivos de dominación que nos sujetan, y que de algún modo sujetamos y podemos subvertir.

La enunciación genérica y poco matizada de Foucault con la que he abierto este apartado estuvo temporalmente inscrita en lo que sólo ahora podemos identificar como un espacio crítico y de transición. Desde aquél presente en el que Foucault hablaba empezaban a despuntar, bajo el prefijo «neo», dos fuerzas históricamente resucitadoras y formativas de nuestra hegemonía global. A mediados de los años 70 despegaban, de entre las sombras de la marginalidad académica estadounidense, y contra un fondo de crisis, el neoliberalismo (Escalante Gonzalbo, 2015; Naomi Klein, 2007) y el neokrapelinianismo, que empezó a instituirse como el nuevo determinismo biológico en psiquiatría y salud mental a partir de la publicación del DSM-III en 1980 (Caponi, 2012b; Martínez-Hernández, 2018; Martinhago y Caponi, 2019; Mayes y Horwitz, 2005; Rahmani y Pacheco, 2015; Mitchell Wilson, 1993). Dos fuerzas que en las décadas posteriores a la muerte de Foucault, acabaron por ensamblarse en un dispositivo de gobierno biologicista, supraestatal y de implantación global, al que llamaremos por el

momento el «dispositivo biomédico» de atención en «salud mental» (Gøtzsche, 2013; De la Mata y Lobo, 2003; Mills, 2014; Moncrieff, 2001; Whitaker, 2010).

El neokraepelinianismo permitió reinstaurar la cuestionada legitimidad científica de la categoría de «enfermedad mental» y de la psiquiatría misma a través de una resurrección, reapropiación, e institucionalización global del determinismo biológico de Emil Kraepelin y discípulos cuyo efecto fundamental, la biologización de los hechos sociales, opera sobre el borrado de las historias de vida y sentidos de quienes son contruidos como «pacientes», historias a menudo preñadas de formas de precarización de la vida y de violencia (Caponi, 2012b, 2014; Caponi y Martínez-Hernández, 2013; Martínez-Hernández, 2018; Roelcke, 1997).

Kraepelin jamás fue estudiado en profundidad por Foucault, pero su doble influjo paternal requiere ser interrogado en nuestro presente. En los años 20 Kraepelin presidía la «meca de los investigadores psiquiátricos de todo el mundo» (Engstrom et al., 2006), aquélla que, como veremos, espontáneamente trasmutó siete años después de su precipitada muerte y con la llegada del nacionalsocialismo al poder, en la psiquiatría nazi (Seidelman, 2000). Actualmente Kraepelin es hegemónicamente considerado «el padre de la psiquiatría moderna», y más específicamente de los manuales diagnósticos que identifican y definen los «trastornos mentales» (DSM y CIE) y algunas personas también le atribuyen la paternidad de la «psiquiatría transcultural» y de la «psicofarmacología» (Bar y Ebert, 2010; Caponi, 2014; Engstrom y Kendler, 2015; Engstrom y Weber, 2007). Su discípulo sucesor, Ernest Rüdin (1847-1952), es a su vez considerado «padre de la psiquiatría genética» y «mente maestra de la higiene racial de Hitler» (Joseph, 2006; Joseph y Wetzell, 2013; Zerbín-Rüdin y Kendler, 1996). Sobre el mortífero legado nazi se fundamenta y encuentra sus líderes el «modelo biomédico» hegemónico de atención a la «salud mental». Esto es, las nuevas formas de biologización de los hechos sociales y naturalización de la desigualdad, que nuestro mundo contemporáneo pone en funcionamiento desde las instituciones —públicas o privadas— para la salud, el bienestar y la educación de las personas.

Arthur de Gobineau: desigualdad racial, supremacismo ario y degeneración civilizatoria*

Entre 1853 y 1855, unos años antes de la publicación del *Traité des dégénérescences* de Morel, Arthur Gobineau completó y publicó su *Essai sur l'inégalité des races humaines*:⁸⁰ el cual es actualmente considerado como una de las principales obras de referencia del racismo científico europeo (Biddiss, 1966),⁸¹ una obra que fue escrita en el contexto de debate de las escuelas evolucionistas de su tiempo (Stocking, 1968). El ensayo estuvo dedicado a demostrar la superioridad de la «raza blanca», en particular de la «familia aria», poseedora original del «monopolio de la belleza, de la inteligencia y de la fuerza» y fundadora de todas las grandes civilizaciones (Gobineau, 1937, p. 152). En la cúspide de la raza blanca se situaba, para Gobineau, la «raza germánica provista de toda la energía de la variedad aria» (Gobineau, 1937, p. 635). Su objetivo fue el de alertar sobre la decadencia de «toda civilización», debido, nada más y nada menos, que a la «degeneración» de la «raza aria» por las sucesivas mezclas que venían «manchando» la pureza de su sangre (Gobineau, 1937, pp. 152-153).

Esta superioridad relativa, tiende constantemente a desaparecer; la parte de sangre aria, subdividida ya tantas veces, que existe todavía en nuestras regiones, y que es lo único que sostiene el edificio de nuestra sociedad, se encamina cada día más hacia los términos extremos de su absorción (Gobineau, 1937, p. 636).

El concepto de degeneración que manejaba Gobineau para establecer la desigualdad entre los pueblos, las civilizaciones y las razas se parecía bastante al que poco después Morel (1857) aplicó a los «individuos» que se desviaban del «tipo normal u original de la especie humana». ⁸² La diferencia fundamental se situó en la taxonomía social y cultural del primero, esto es relativa a los grupos humanos, y la aproximación «clínica» e individualista del segundo orientada a la identificación de los sujetos «anormales». No obstante, en ambos casos el concepto de degeneración encapsuló una amenaza de destrucción y degradación biológica, hereditaria y progresiva, de la que era preciso y urgente defenderse para preservar la grandeza de un tipo arcaico y original. En ambos

* Hemos empleado lo que sigue de este Capítulo II de base para un artículo en coautoría con Josep M. Comelles, que actualmente está en proceso de evaluación en la revista *Asclepio* (Pérez-Pérez y Comelles, 2022, enviado para publicación).

⁸⁰ Ensayo sobre la desigualdad de las razas humanas. Cito la traducción de Francisco Susanna publicada por la Editorial Apolo en 1937.

⁸¹ El racismo científico comenzó a perfilarse en Estados Unidos con autores tales como el médico y antropólogo Samuel George Morton (1799-1851) (Juárez-Barrera y Bueno-Hernández, 2017; Peset, 1983), o el psiquiatra Samuel Adolphus Cartwright (1793-1863), inventor de la «drapetomanía». Una «enfermedad u alienación mental» atribuida a las personas esclavizadas cuyo síntoma principal residía en escapar de la esclavitud esto es la «fuga del servicio» (Stedman, 1914).

⁸² El cual abordamos en el Capítulo I.

casos operó la estratificación de los individuos o grupos humanos en una matriz jerarquizada cuyo principio rector era la atribución de un «valor de vida» diferencial.

Pienso, pues, que la palabra degenerado, al aplicarse a un pueblo, debe significar y significa que este pueblo no posee ya el valor intrínseco que antiguamente poseía, porque no circula ya por sus venas la misma sangre, gradualmente depauperada con las sucesivas aleaciones [...] no ha conservado la misma raza que sus fundadores [...] el que llamamos degenerado, es un producto diferente, desde el punto de vista étnico, del héroe de las grandes épocas (Gobineau 1937, 28).

Sin duda, la retórica racista de Gobineau ofreció al nacionalsocialismo el principio de superioridad de la «raza aria» y algunas claves del método para «regenerarla» (Navarro, 2009). No obstante, no resulta suficiente para explicar la política exterminadora del III Reich un siglo después. La superioridad de la raza aria requirió ser conectada, por un lado, con la atribución médica de un valor negativo de vida a toda persona codificada como «anormal», «enferma incurable» o «criminal», y por el otro, con el componente específicamente «antisemita» que caracterizó al nazismo pues, a pesar de que éste era endémico y explica, entre otros, los pogromos en el Imperio Ruso (Doyle Klier, 2011) y la persistencia del estigma en las culturas *folk*, Gobineau conceptualizó al pueblo judío como una subdivisión de la «raza blanca» y señaló como injusta su persecución (Taguieff, 2019).

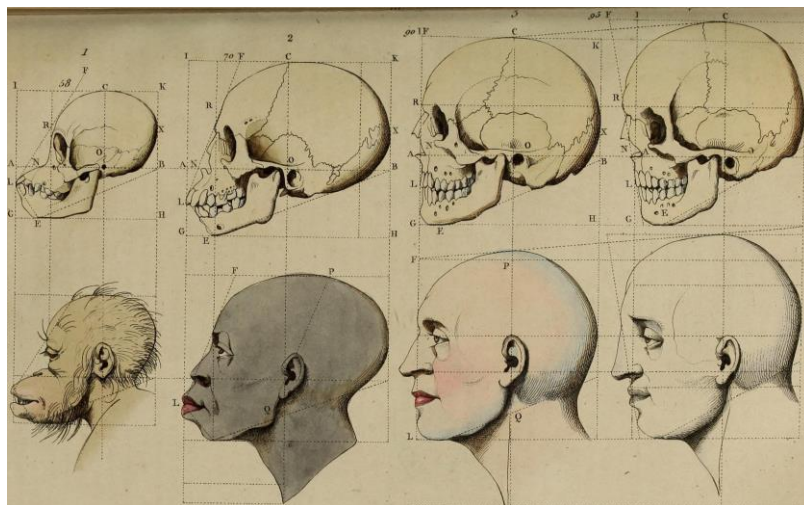


Ilustración 6. *Phrénologie. Détermination de l'angle facial de Camper*
«Frenología. Determinación del ángulo facial del Camper»

Ilustración contenida en la entrada sobre la frenología del *Dictionnaire pittoresque d'histoire naturelle et des phénomènes de la nature* (Guérin-Ménéville, 1838, p. 409). Esta imagen, publicada más de dos décadas antes de la teoría de Charles Darwin sobre el origen de las especies (1859) y de la teoría de Thomas Henry Huxley sobre el lugar del hombre en la naturaleza (1863), anticipa la teoría evolutiva a través de una comparación craneológica entre un primate, una mujer negra, una mujer blanca y un hombre blanco, y establece una clara línea de progreso o civilización en la cual el hombre blanco se sitúa en la cúspide de la especie humana. Imagen de dominio público, sin restricciones de copyright conocidas.

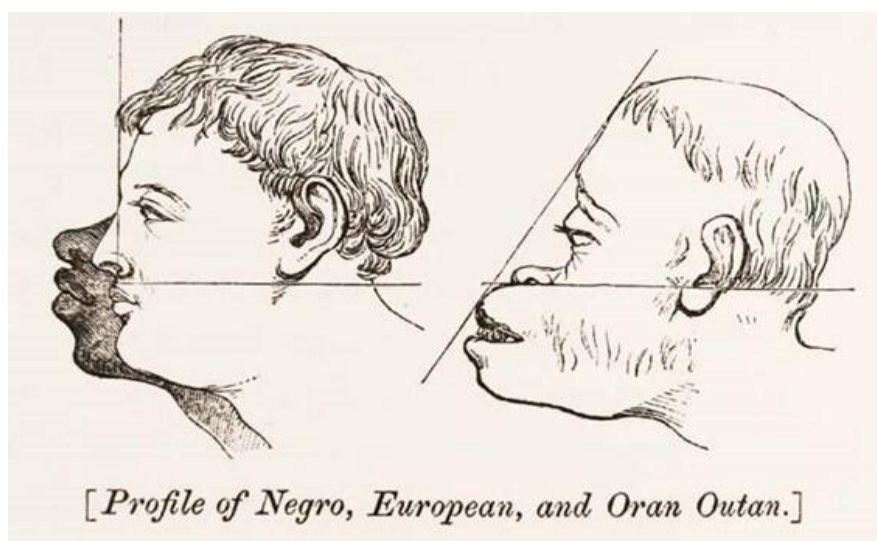


Ilustración 7. *Profile of Negro, European, and Oran Outan*
«Perfil del Negro, el Europeo y el Orangután»

Ilustración contenida en *The Races of Men* (Knox, 1850, p. 404). Esta imagen es también previa a la emergencia del darwinismo y a la publicación por parte de Gobineau de *Essai sur l'inégalité des races humaines* (1853-1855). En la misma línea que la Ilustración 6 establece una comparación craneológica racista entre un primate, un hombre negro y un hombre blanco europeo. Imagen de dominio público, sin restricciones de copyright conocidas.

Emil Kraepelin y la síntesis antisemita

Desde mediados del siglo XIX el concepto de «raza» formaba parte de un debate científico en el que participaron numerosos médicos y alienistas (Blanckaert, 1996), muchos de ellos miembros de las sociedades de antropología,⁸³ dado el papel que la antropología física, la anatomía comparada y la etnología tuvieron en el desarrollo internacional tanto de la antropología general como de la medicina legal, y por el papel que jugaba la mirada etnográfica de los médicos en la construcción del discurso sobre las causas de la enfermedad así como en la caracterización de determinadas prácticas y conocimientos populares (Josep M Comelles y DiGiacomo, 2018).

En Alemania el vínculo que entrelazó la degeneración de los individuos, las familias y las etnias o las razas, condenando específicamente al pueblo judío, fue establecido cuando Adolf Hitler (1889-1945) tenía tan solo diecinueve años y mientras intentaba entrar en la academia de Bellas Artes de Viena, por el entonces mundialmente reconocido Kraepelin, en un texto titulado *Zur Entartungsfrage* y publicado en 1908.⁸⁴ Sandra Caponi (2010, p. 482) notó que «fue el vínculo entre patología mental y herencia mórbida lo que le permitió a Kraepelin» en *Zur Entartungsfrage* «referirse al mismo tiempo a la degeneración de individuos, familias y razas. Su ejemplo para ilustrar la degeneración de la raza no será otro que “el pueblo judío”». Este apartado lo dedicaremos a analizar el contexto en el que se inscribió la síntesis entre la degeneración de los individuos y las razas que Kraepelin efectuó en *Zur Entartungsfrage*, pues éste fue un momento clave en la delimitación de la naciente *Rassenhygiene* (higiene racial), en torno a la cual posteriormente operó la política exterminadora –o tanatopolítica– del III Reich, una tarea pendiente de la que no existen investigaciones previas.

En la primera década del siglo XX Kraepelin ya había introducido el lombrosianismo en Alemania (Engstrom, 1991; Wetzell, 2000), fundado el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Múnich, e inaugurado su larga presidencia (1906-1920) de la *Deutscher Verein für Psychiatrie* (DVP: Asociación Alemana de Psiquiatría), lo cual le confería una posición académica y política muy relevante (Hippius et al., 2008). Fue entonces cuando publicó *Zur Entartungsfrage* (1908), un texto coetáneo a la institucionalización de los «lobbies científicos» que, inspirados por la eugenesia de Galton (Álvarez Peláez, 1985) y por el redescubrimiento de las leyes mendelianas sobre

⁸³ De hecho, Paul Broca fundó la *Société d'Anthropologie* Blanckaert, véase Claude (1996). En la estructura societaria de las sociedades de antropología y etnología del siglo XIX españolas hubo también una presencia masiva de médicos, véase Jerónimo Bouza Vila (2002).

⁸⁴ Sobre la cuestión de la degeneración, éste ha sido recientemente traducido al inglés (Kraepelin, 2007).

la transmisión de la herencia genética (Puig-Samper, 2019), abogaban por la aplicación sistemática de los «nacientes saberes biológicos» como política de Estado contra la degeneración (Müller-Hill, 2000; Weindling, 1993).

Tan solo un año antes de la publicación de Kraepelin, Gran Bretaña dio a luz la *Eugenics Education Society* (1907), cuyo propósito, en palabras de Galton —su fundador— era el de «mejorar la raza humana»: incipiente despliegue pues esta organización todavía no había lanzado *The Eugenics Review*, su principal órgano de propaganda (Mazumdar 2005, 1). Mucho más cerca de Kraepelin, en Alemania, el movimiento eugenésico empezaba a organizarse y girar en torno a una categoría propia, aún en gran medida indefinida y disputada: la *Rassenhygiene* que no incorporaba todavía el racismo, el antisemitismo y el supremacismo ario, característicos del nazismo (Weindling, 1993; Weiss, 1987b).

El término *Rassenhygiene* fue promovido e institucionalizado por el médico Alfred Ploetz (1860–1940) quien, siguiendo la estela de Wilhelm Schallmayer (1857-1919), fundó en 1905 en Berlín la *Gesellschaft für Rassenhygiene* (GFR: Sociedad Alemana de Higiene Racial).⁸⁵ Esta Sociedad se ramificó al trasladarse Ploetz a Múnich en 1907, precisamente cuando Ernst Rüdin, cuñado, «aliado científico» de Ploetz y cofundador de la GFR, retomaba el puesto de asistente de Kraepelin en la Clínica de Múnich (Hippius et al., 2008; Schmuhl, 2008; Weindling, 1993).

En aquellos momentos la GFR aspiraba a «establecer como ciencia» la *Rassenhygiene* y admitía exclusivamente a personas y familias «evaluadas como poseedoras de altas cualidades mentales y físicas», sin excluir en base a criterios estrictamente raciales (Weindling, 1993, p. 125). Sin embargo, su principal órgano de propaganda y debate, la revista *Archiv Für Rasssenkunde-und-Gesellschaftsbiologie* (Archivos de Teoría Racial y Biología Social), en su función de demarcar el territorio de la *Rassenhygiene* se había convertido en un espacio de enfrentamiento y disputa con los proponentes del «racismo ario» que, partiendo de Gobineau, habían introducido un componente antisemita. En este contexto de enfrentamiento Ploetz se posicionó públicamente —al igual que Schallmayer—, «contra la validez científica de las teorías raciales arias», aunque en privado reconocía ser «antisemita» y simpatizaba con el supremacismo ario (Weindling, 1993, p. 138). La ambivalencia público-privada de Ploetz se manifestó claramente en 1910, cuando rechazó la propuesta de Ludwig Schemann

⁸⁵ Schallmayer introdujo la eugenesia en Alemania. Propuso y defendió para el movimiento el concepto de *Rassehygiene* en lugar de *Rassenhygiene*, esto es, su forma singular. Esta estrategia discursiva, aunque sutil, formaba parte de su lucha política orientada a impedir que el supremacismo ario se afianzara en el incipiente movimiento eugenésico alemán (Weiss, 1987a, p. 103).

(1852-1938), principal apóstol del supremacismo ario alemán, de afiliar la ya ampliada GFR a la *Gobineau-Vereinigung* (Liga de Gobineau) para «mantener a distancia la higiene racial del racismo ario» (Weindling, 1993, p. 138).

Es en esta disputa sobre la demarcación de la *Rassenhygiene*, dónde el capacitismo y el cuerdisimo eran el *leitmotiv* y la deriva antisemita estaba siendo activamente resistida como «objetivo político», dónde debemos situar la intervención «científica» del eminente Kraepelin en *Zur Entartungsfrage*. Quién, desde su llegada a Múnich en 1903, partiendo de su preocupación por la afectación de las «células germinales» del *Volk*, a su parecer inducida en gran parte por el alcoholismo y la sífilis, y augurando la «degeneración de la raza» en las futuras generaciones, se había centrado «cada vez más en cuestiones de política social [...] eugenesia e higiene racial [...] lo encontramos presentando demandas [...] diseñadas para preservar y mejorar la salud [...] del cuerpo de la nación [*Volkskörper*]» (Engstrom, 2007, p. 392).

Zur Entartungsfrage revela, al igual que el naciente movimiento eugenésico británico y alemán, el abandono del término «especie humana» sobre el que apoyó Morel su pseudociencia, en favor de la «raza». Ambos movimientos coincidían en querer establecer defensas sociales contra la «degeneración» que supuestamente causaban los individuos «anormales», «enfermos mentales», «defectuosos» y «criminales», y se encontraban en un territorio más o menos ambiguo e indefinido respecto a la demarcación amparada por el término «raza» (Proctor, 1988), cuyo efecto diferencial no había cristalizado. No obstante, Kraepelin (2007) no se refirió a la «raza humana», como sí lo hacía el movimiento eugenésico británico con sus contradicciones (Stone, 2001), al fin y al cabo, término tan solo en apariencia substitutivo de «especie humana». Por el contrario, Kraepelin, histórica y geográficamente situado en la disputa entre una naciente «higiene racial» que se propone no diferenciar entre razas y el «racismo ario» que las jerarquiza introduciendo un componente específicamente antisemita, se refirió continuamente a «nuestra raza», y la demarcó por oposición a la «raza judía» (Kraepelin, 2007).

Según Caponi (2010, p. 483), «la única diferencia teórica clara entre Kraepelin y la teoría de la degeneración» de Morel, aparte del vínculo de la degeneración con la raza que éste había rechazado y la «desacralización de la teoría» conducida por sus más tempranos seguidores,⁸⁶ constituyó el rechazo de Kraepelin a conceptualizar la degeneración como un «proceso autolimitado», es decir, que implicase la extinción de

⁸⁶ Principalmente por Valentin Magnan, que como ya vimos fue su más prolífico difusor y sistematizador inicial, véase Huertas García (1993).

la estirpe por esterilidad. Una conceptualización ubicua y en despliegue, que ya estaba dando sus frutos en el estado de Indiana: dónde 1907 inauguró la primera ley de privación forzosa e irreversible de la capacidad reproductiva (esterilización) a aplicar a personas socialmente codificadas como «defectuosas» o «criminales» (Kevles, 1986; Klautke, 2016).

Los movimientos de raigambre eugenésica constituyeron una ampliación de las políticas de Estado de defensa social degeneracionistas, que tradicionalmente incluían el encierro y la segregación, y con su emergencia empezaron a diversificar las técnicas, dando lugar —entre otras— a la esterilización forzosa. Con la eugenesia las estrategias de defensa social contra la «degeneración» perdieron todo principio de autolimitación, porque aplicaron los saberes derivados de la «selección natural» a un *cuerpo humano colectivo* dónde el *ambiente* determinante no era «natural», sino político y social. Este cuerpo colectivo estuvo configurado —con mayor o menor intensidad— en torno a los conceptos de especie, raza y nación, sobre los cuales la eugenesia territorializó en políticas supremacistas singulares y contextuales.⁸⁷ No obstante, en los diferentes contextos políticos, culturales y sociales, fue el *hombre* de ciencia quién se elevó al estatus de un Dios creador, responsable de orquestar la *fábrica* de «lo humano». De él emanaron los «principios correctivos» destinados a aplacar una «selección social», embebida de afectos y solidaridades, cuyos resultados sobre la *eficiencia*, la *aptitud* y la *calidad* del cuerpo-especie-raza-nación, eran considerados perniciosos.⁸⁸

En *Zur Entartungsfrage* Kraepelin constató que la «auto-purificación natural» de su raza era disfuncional y apuntaló —veinticinco años antes del ascenso del nazismo al poder— un argumento persuasivo clave para la posterior política propagandística de *Rassenhygiene* nazi que también fue genéricamente desplegado por los movimientos eugenésicos «occidentales» de los años 20 (Bachrach 2004). Desde un desprecio absoluto por la vida de quienes supuestamente estaban bajo su cuidado, Kraepelin alertó a la población y a los gobiernos de la carga económica de las «enfermedades hereditarias» y de la inutilidad de los programas de asistencia —que posibilitaban la supervivencia de las clases más desposeídas— para la «auto-purificación» de la raza:

En todo caso es imposible saber cuántos imbéciles, epilépticos, psicópatas, criminales, prostitutas y vagabundos son hijos de padres alcohólicos o sifilíticos y han heredado la inferioridad de sus padres. Por supuesto, el daño en parte será compensado por su menor

⁸⁷ Pauline Mazumdar (2005, p. 26) señala que mientras en América la eugenesia tomo una forma más intensamente racista que clasista, lo contrario sucedió en Gran Bretaña. Lo cual señala diferencias político-contextuales en los principales blancos de asalto y defensa social.

⁸⁸ Esta cuestión la tratamos también el Capítulo V.

capacidad para sobrevivir. Pero, desafortunadamente, nuestra extensión de los programas de la asistencia social tiene el efecto de impedir la auto-purificación natural de nuestro pueblo. Tenemos poca razón para esperar que, a largo plazo, nuestra capacidad de regeneración pueda ser suficientemente fuerte como para poder neutralizar los peligros cada vez mayores que amenazan a nuestras células germinales (Kraepelin, 2007, p. 400).

Partiendo de la estrategia anterior, cuya racionalidad implica «arrojar a la muerte» a los portadores de la degeneración (soberanía) para «hacer vivir» al cuerpo sano del *Volk* (biopolítica), el padre de la psiquiatría contemporánea llamó a la imperiosa necesidad de «determinar en qué medida esos peligros afectan no solo a los individuos, sino también a toda nuestra raza» pues en tal caso habría que «asumir [...] una degeneración de la raza» tal y como ya ha sucedido con el «conocido ejemplo de los judíos con su fuerte predisposición a las enfermedades nerviosas y mentales» (Kraepelin, 2007, p. 403). Concluyendo que:

Necesitamos con urgencia estudios extensos, cuidadosos y de décadas, que solo se pueden llevar a cabo con el apoyo del Estado, o mejor aún, el del Imperio [...] las señales son lo suficientemente amenazantes. Es nuestra responsabilidad informar al pueblo y a los gobiernos, y al mismo tiempo mostrarles los caminos que hay que recorrer hacia la recuperación de nuestra raza (Kraepelin, 2007, p. 404).

Kraepelin murió en 1926, antes de ver nacer el III Reich, pero legó un ejército de prestigiosos discípulos que se entregaron a la guerra contra la degeneración de la «raza aria» y mostraron los caminos de «purificación» que debían seguirse. La ramificación bávara de la GFR, empezó a incorporar tímidamente la ideología aria aproximadamente desde 1912, fecha en la que Ploetz y el médico y genetista Fritz Lenz (1887-1976), fundaron una «agrupación nórdica interior» a ésta, que fue «conocida como *Der Bogen* (el Arco)» que estaba «centrada en rituales Nórdicos secretos» (Weindling, 2018, pp. 18-32). Cuando el nazismo alcanzó el gobierno y se produjeron intensos enfrentamientos internos en la GFR, fue precisamente esa sección bávara la que obligó a la GFR a bascular definitivamente hacia el supremacismo ario, el racismo y el antisemitismo bajo la dirección de Ernest Rüdin, el discípulo sucesor de Kraepelin (Friedlander, 1995; Müller-Hill, 2000; Schmuhl, 2008; Weiss, 2013).

El derecho de Estado a matar: entre el poder psiquiátrico y el judicial

Los estudios sobre el nazismo coinciden en destacar un antecedente crucial al despliegue de su derecho soberano de matar que para nuestro análisis tiene una significación especial, en la medida en que es un producto de la estructura jurídico-institucional constitutiva del dispositivo psiquiátrico. Cinco años antes de que Hitler escribiese *Mein Kampf*, y trece de que llegara al poder, coincidiendo con el año en que «lucimos por primera vez nuestra bandera» (Hitler, 2013, p. 320),⁸⁹ dos prominentes académicos alemanes fundaron las bases —y detallaron los procedimientos— sobre los que instituir el derecho soberano de matar que el nazismo acabó por desplegar. Fue entonces, en 1920, cuando el jurista Karl Binding (1841-1920) y el psiquiatra y neuropatólogo Alfred Hoche (1865-1943) publicaron un libro que fue ampliamente difundido y comentado en los círculos médico-psiquiátricos alemanes, *Die Freigabe der Vernichtung Lebensunwerten Lebens* (La libertad de destruir la vida indigna de ser vivida) (Agamben, 2019; Friedlander, 1995; Lifton, 1986; Müller-Hill, 1998).

Esta obra, partiendo de una racionalidad médica, económica y jurídica (Cayuela Sánchez, 2011), llevaba a su máxima expresión el «valor negativo de vida» que años antes el psiquiatra y eugenista suizo Eugen Bleuler (1857-1939) había atribuido a las personas «enfermas» y «dementes» consideradas incurables (Read y Masson, 2005, p. 36). Bleuler, para quién Rüdín trabajó en varias ocasiones antes de vincularse definitivamente a Kraepelin (Hippius et al., 2008; Read y Masson, 2005, p. 36), es ampliamente reconocido a día de hoy por la invención del diagnóstico de «esquizofrenia», posteriormente incluido entre aquéllos para los cuales el III Reich levantó primero la esterilización forzosa y posteriormente el asesinato masivo.

Significativamente, los efectos mortíferos del diagnóstico de esquizofrenia persisten hasta nuestros días bajo otras formas; a saber, la muerte social, la muerte política, la muerte en tanto sujeto capaz de verdad, la muerte psíquica o «zombificación» inducida por los neurolépticos, la muerte física derivada de los procesos de reducción a la impotencia total —«contención mecánica» pero también «reducción policial»—, la muerte prematura asociada a los efectos del consumo crónico —y a menudo forzoso— de drogas psicoactivas, la muerte que el sujeto se da a sí mismo como vía de escape a un ciclo de violencia que parece no tener fin...

⁸⁹ Cito la traducción de Sigfrido Casa Editora. He cotejado la precisión de las citas con dos traducciones inglesas habitualmente empleadas: la de *Reynal & Hitchcock* del 1939 a cargo de un equipo editorial vinculado a la *New School for Social Research*; y la de Ralph Manheim publicada en 1943, por *Boston Houghton Mifflin Company*.

Binding y Hoche (1922, p. 22) crearon el concepto *lebensunwertes leben* (vidas indignas de ser vividas o vidas sin valor), para defender como derecho y responsabilidad de Estado el asesinato de «aquéllos que no son capaces de sentimientos humanos, esas vidas de lastre y cáscaras vacías humanas que llenan nuestras instituciones psiquiátricas y no pueden tener sentido del valor de la vida». El grupo para el cual propusieron la «eutanasia forzosa» estaba constituido en palabras de Binding:

por los estúpidos incurables, ya sea porque nacieron así o porque —como en el caso de los paralíticos— se volvieron así en la última etapa de su sufrimiento. Éstos no tienen voluntad de vivir ni de morir. Por lo tanto, por un lado, no existe ningún consentimiento a la muerte verificable; por el otro, el hecho de matarlos no se topa con ninguna voluntad de vivir que deba ser superada. Su vida carece absolutamente de propósito, pero no la sienten como insoportable. Tanto para sus familiares como para la sociedad constituyen una carga terriblemente pesada. Su muerte no deja el menor vacío, salvo quizá en los sentimientos de la madre o del fiel cuidador. Dado que requieren muchos cuidados, dan lugar a una ocupación humana que consiste en llevar una vida absolutamente indigna durante años y décadas. [...] De nuevo, ni desde un punto de vista legal, ni social, ni moral, ni religioso encuentro razón alguna para no autorizar matar a estas personas, que forman la espantosa imagen invertida [*Gegenbild*] de la auténtica humanidad y despiertan el horror en casi todos los que se encuentran con ellos (Binding y Hoche, 1922, pp. 31-32).

Hoche, quién solía hacer sus estudios neuropatológicos con «personas que habían sido decapitadas» (Burleigh, 1994, p. 15), previó otros beneficios científicos de los que él —como marido de una mujer judía— jamás llegaría a disfrutar:⁹⁰ «la muerte de pacientes defectuosos ampliaría las oportunidades de investigación, en particular la investigación del cerebro» (Binding y Hoche, 1922, pp. 48-49). Ambos, promovieron específicamente el asesinato de las personas física o mentalmente «defectuosas» que habitaban el encierro manicomial bajo la categoría de «incurables», concibiendo la matanza como «un tratamiento curativo» (Lifton, 1986, p. 46) que aliviaría a la nación y a los profesionales, de tener que cargar —en aquéllos tiempos de escasez— con el sustento de unas existencias de valor (re)productivo negativo, las cuales, según Hoche, eran *Ballastexistenzen* (vidas o existencias de lastre) (Binding y Hoche, 1922, p. 57). Vemos aquí como la condena biologicista de la incurabilidad y la heredabilidad de la «enfermedad» o el «defecto» físico, mental o moral, que había hegemonizado la teoría de la degeneración, perdido todo principio de autolimitación, empieza a desplegar, sobre la base biopolítica de un *cuerpo-nación*, todo el potencial de muerte que lleva inscrito, hasta revertir completamente el «humanitario» *ethos* que legitima a la psiquiatría como

⁹⁰ Hoche se vio obligado a jubilarse anticipadamente como Profesor de Psiquiatría en Freiburg cuando los nacionalsocialistas llegaron al poder y criticó las leyes eugenésicas raciales. Además, se opuso al programa de eutanasia que él mismo había ideado cuando requirió a un pariente suyo (Burleigh, 1994). Su muerte en 1943 suele atribuirse a suicidio (Hoche et al., 1991).

medicina: curar al cuerpo-nación es matar a las «existencias incurables sin valor». Agamben (2019, p. 173), vislumbró en este panfleto de Binding y Hoche «la primera articulación jurídica» entre el poder soberano de matar y la gestión biopolítica de la vida, que revela «la estructura biopolítica fundamental de la modernidad» esto es «la decisión sobre el valor (o sobre el disvalor) de la vida como tal».

Binding y Hoche, insertaron un principio asesino en la *desigual valoración de las vidas humanas* que promovía la destrucción de las personas psiquiátricamente devaluadas como degeneradas e improductivas para el cuerpo de la Nación, clausurando el reconocimiento de «todas las vidas a ser igualmente dignas de duelo y de llanto» y la política de preservación de la vida que se desprende de éste (Butler, 2021). La «solución final» que fervorosamente defendieron, se puso en marcha en el III Reich, y cuando la práctica asesina ya asentó como política médica de Estado extendió su inercia a todas las «vidas sin valor» para el régimen Nazi. Cuyo barómetro de desigualdad incluía y trascendía el capacitismo y el cuerdisimo, desde el que Hoche y Binding desplegaron el derecho soberano de matar apoyándose en la estructura jurídico-institucional nuclear del dispositivo psiquiátrico, y dirigiéndose a las vidas meramente biológicas que habitaban el manicomio.

La piedra filosofal de la «higiene racial»

Es sabido que Hitler escribió la primera parte de *Mein Kampf* (1925-1926), tras el intento fallido de golpe de estado, conocido como «*putsch* de la cervecería», y durante su estancia en la cárcel a cuerpo de rey. Allí leyó el «primer texto de genética humana» (Müller-Hill, 2000), un prestigioso compendio publicado por primera vez en 1921 dónde se concretizaba el soñado establecimiento de la *Rassenhygiene* como «disciplina científica», titulado *Menschliche Erblichkeitslehre und Rassenhygiene* (en adelante, *Herencia Humana e Higiene Racial*).⁹¹ Los capítulos de *Herencia Humana e Higiene Racial*, de autoría independiente, resultaron de la colaboración entre el internacionalmente prestigioso botánico y genetista Erwin Baur (1875-1933), el médico y genetista Fritz Lenz, amplio conocedor de los trabajos de Kraepelin y Rüdin y primer académico galardonado con la cátedra de Higiene Racial en la Universidad de Múnich (1923), y el antropólogo físico Eugen Fischer (1874-1967) (Fangerau, 2006; Glass, 1981).

⁹¹ El texto fue entregado a Hitler por Julius Lehman, miembro de la GFR de Múnich, defensor de la ideología aria y a su vez editor de los Archivos de Teoría Racial y Biología (*Archiv Für Rassenskunde-und-Gesellschaftsbiologie*). La dedicatoria decía así: «Para Adolf Hitler, el principal luchador por el significativo reconocimiento de la cuestión racial como la piedra angular más importante en nuestro conocimiento cada vez más profundo» (citado en, Erichsen y Olusoga, 2010, párr. 29.71).

La contribución de Fisher titulada en las primeras ediciones *Die Rassenunterschiede des Menschen* (Las diferencias raciales en el hombre), se nutría de su estudio previo sobre la «degeneración racial», basado en la medición y correlación causal de «estigmas» físicos e intelectuales, en la comunidad mestiza sudafricana conocida como *Rehobother Bastards*, cuya publicación en 1913 le había valido la fama.⁹² En este estudio «afirmó haber verificado las leyes de Mendel en seres humanos» (Fangerau, 2006, p. 10). Y, dada la clara evidencia de «superioridad» de la raza blanca, que según Fischer «sólo negarían los locos», respecto a «los negros, los Nama y muchos otros», concluyó también que «todo pueblo europeo que ha adoptado la sangre de razas inferiores» ha incorporado «sin excepción [...] elementos inferiores» dando lugar a su «hundimiento mental y cultural» (citado en, Erichsen y Olusoga, 2010, párr. 23.81). Se refería específicamente a un proceso de degeneración por incorporación de cualidades mentales inferiores, y proponía:

darles la cantidad de protección que necesitan, como raza inferior a nosotros [...] y solo durante el tiempo que nos sean útiles. De lo contrario [...] ¡su extinción! [...] quienquiera que piense en los “puntos psicológicos” descritos anteriormente no puede tener otra opinión (citado en, Madley, 2005, párr. 454).

El racismo científico de Fischer se nutrió y apoyó directamente el primer genocidio del siglo XX, la matanza de nativos Herero y Nama en el África sudoccidental (actual Namibia), que acabó aproximadamente con el 80% de la población Herero y el 50% de la Nama. Fue perpetrado por el poder colonial alemán en el periodo que va de 1904 a 1908 —durante «la repartición de África»— y cursó con la prohibición de los matrimonios interraciales y de la cohabitación en las colonias, la implementación política de los emergentes conceptos alemanes de «espacio vital» (*Lebensraum*) y «campo de concentración» (*Konzentrationslager*), así como la participación de los doctores en el genocidio, constituyendo un crucial precedente de la posterior política de exterminio nazi (Kaplan y Garry, 2012; Madley, 2005). A éste, como modelo del Holocausto Nazi, debe sumarse el genocidio contra Armenios, Asirios y Griegos pónicos (1914-1923) que perpetró el Imperio Otomano, que fue «en gran parte dirigido y llevado a cabo por médicos, miembros destacados del Partido Ittihadista» y cursó con «emigraciones forzadas, expulsiones, confiscación de propiedades, trabajos forzados,

⁹² Los llamados *Rehobother Bastards* constituían una comunidad cristiana descendiente de matrimonios mestizos entre hombres europeos y mujeres africanas de origen Nama. Fisher publicó su investigación en 1913 bajo el título *Die Rehobother Bastards und das Bastardierungsproblem beim Menschen*. Véase Erichsen y Olusoga (2010).

tortura pública y ejecuciones, experimentos médicos, gaseamientos elementales, inanición y marchas de la muerte» (Kaplan y Garry, 2012, p. 135).

La contribución de Lenz a Heredabilidad Humana e Higiene Racial fue la más extensa y también la más variable entre edición y edición.⁹³ En la segunda edición, a diferencia de sus colaboradores, cuyas aportaciones remitían a un único capítulo del primer volumen (Herencia humana), Lenz aportó a éste: (a) el tercer capítulo dedicado a La disposición hereditaria de las enfermedades físicas y mentales, (b) el cuatro, relativo a Los métodos de investigación de la herencia humana y (c) el quinto sobre La herencia de la dotación espiritual (mental, del alma o intelectual). Todos ellos constituyeron un esfuerzo por jerarquizar las distintas «razas» en múltiples cualidades hereditarias «patológicas», «geniales» o simplemente «adaptativas» a un ambiente determinado — medida que definía la salud—, en un espectro espejo que iba de lo «físico» a lo «mental/espiritual», en el que una determinada cualidad física podía ser asociada a una disposición espiritual/mental (Baur et al., 1923).

A lo anterior se añade su autoría exclusiva del segundo volumen Selección humana e higiene racial, de carácter eminentemente aplicado. En éste «Lenz expone las teorías eugenésicas de la selección y degeneración biológica y sociológica» y «sugiere medidas para la higiene racial pública y privada [...] sobre la base de los datos biológicos proporcionados en el primer volumen» articulando un «programa completo de higiene racial destinado a la mejora del hombre» cuyas medidas van «desde la educación, influir en las visiones del mundo y la política fiscal hasta la esterilización, el aborto y la prohibición de [determinados] matrimonios» (Fangerau, 2006, p. 12).

El tratado tuvo desde sus inicios —y en sus consecutivas ediciones— una clamorosa acogida por científicos de todo el mundo —especialmente entre las clases médicas y psiquiátricas— siendo calificado como «“sobresaliente”, “una obra maestra” y “la obra estándar”», en términos de heredabilidad humana, y reeditado cinco veces en el periodo que va hasta 1940 (Fangerau, 2006, p. 20). No faltaron, sin embargo, las voces críticas. El biólogo y genetista estadounidense Hermann Joseph Muller (1890-1967), Premio Nobel de medicina en 1946, que reseñó la edición publicada en inglés (1931), lo calificó como el «mejor trabajo sobre el tema de la heredabilidad humana» y alabó —con ciertas discrepancias— la contribución de Baur y el capítulo de metodología de investigación de

⁹³ Los capítulos escritos por Lenz -y en menor medida el de Fisher- fueron importantemente modificados y ampliados en las consiguientes reediciones, presumiblemente en respuesta a la recepción científica del trabajo, al ascenso e institucionalización de la ideología nazi, y a los nuevos «hallazgos» de los cuales destacan en la edición de 1936 los estudios sobre la «heredabilidad en gemelos» que lideraba Rüdín (Baur et al., 1936).

Lenz (Muller, 1933, p. 19). No obstante, criticó ávidamente el resto de las contribuciones de Lenz y Fisher, quienes a partir de sus incursiones en «la psicología, la antropología, la historia y la sociología» actuaron «como portavoces del tipo más burdo de prejuicios populares» (Muller, 1933, p. 20). Específicamente, Muller los acusó de haber:

tirado por la borda su principio previamente admitido de que el medio ambiente y la herencia son de inmensa importancia en el desarrollo de las características humanas, *en particular las de naturaleza mental* [y aceptar] prontamente todas las diferencias superficiales entre los grupos humanos como indicativas de correspondientes distinciones genéticas (énfasisi mío, Muller, 1933, p. 20).

Los prejuicios que Muller denunció correspondían específicamente a una distribución jerarquizada, generizada y racializada de los «dones mentales». Entre ellos figuran la supuesta inferioridad hereditaria intelectual de la mujer respecto al hombre, así como la de ciertos grupos humanos respecto a otros. Por ejemplo, Lenz argüía que los «mongoloides» y los «negros» eran mentalmente inferiores a los «europeos», y a su vez que los «europeos del mediterráneo» dada su proximidad con los «negros» eran inferiores a los «nórdicos»; concluyendo que «en cuanto a dones mentales la Raza Nórdica marcha a la vanguardia de la humanidad» (citado en, Muller 1933, 20). Esta crítica era extensiva a:

Fisher... [quien] escribe sobre razas exactamente en la misma línea que Lenz, y afirma que las diferencias raciales en la dotación mental “se encuentran entre los [factores] más influyentes en la determinación del curso de la historia de la nación” (Muller, 1933, pp. 20-21).

Tales puntos de vista, decía Muller «forman precisamente el tipo de terreno que los reaccionarios desean, sobre el cual levantar un edificio pseudocientífico para la defensa de su sistema de explotación sexual, de clase y de raza» (Muller, 1933, p. 21). Crítica perspicaz e iluminadora, pues tal y cómo indica Lenz:

Si sólo existieran diferencias raciales físicas, toda la cuestión racial no tendría importancia [...] No puede haber ninguna duda [...] Cada raza tiene ciertos valores medios en la estructura de cada órgano [...] esto también se aplica a la estructura del cerebro y, por lo tanto, también a las facultades mentales. Entonces, la pregunta no puede ser si hay diferencias raciales espirituales, sino solo de qué tipo y qué tan grandes son [...] los rasgos hereditarios son rasgos raciales; esto también se aplica a la estructura genética del alma (Lenz, 1923, p. 407).

Lo anterior arroja luz sobre una cuestión fundamental que suele pasar inadvertida. La piedra filosofal, sin la cual el edificio de la *Rassenhygiene* no se hubiese sostenido, sin la cual «toda la cuestión racial no tendría importancia» como afirmó Lenz, residía en la tecnología clínica que permitía jerarquizar a los grupos humanos en función de sus

«dotes mentales», de su «alma», de su «espíritu».⁹⁴ No de sus cualidades físicas, aunque el anclaje de espejo a éstas —la producción del estigma— resultaba necesario para estabilizar la desigualdad. La jerarquización en la «dimensión mental» del dualismo cartesiano fue, por tanto, el eje estelar del entramado de la *Rassenhygiene*. Sin éste, la práctica alquímica —pseudocientífica— de producción de «lo humano», de «lo inhumano» y los «estatus de humanidad degradada» en el espectro de las «razas», no hubiera funcionado. No hay novedad en ello, quizás tan solo la racionalidad «científica» desde la que se (re)instituye y naturaliza la desigualdad. Este mismo eje es el que articuló la producción de «lo humano» y «lo inhumano», durante la conquista y colonización del «Nuevo Mundo». Como vimos, fue allí dónde, desde una racionalidad cristiana en diálogo con lo que fue conocido como la teoría aristotélica de la esclavitud natural, la Junta de Valladolid juzgó y reconoció formalmente «la humanidad» a los pueblos indígenas de *Abya-Yala* en base al criterio de posesión de un «alma racional» en el mismo gesto en que propulsó el triángulo esclavista de los pueblos africanos, por la carencia de ésta.⁹⁵

Quizá porque tanto el Olimpo de la Mente como la «biologización de los hechos sociales» —constantemente reactualizada en nuestro mundo— era la especialidad pionera del prominente Kraepelin,⁹⁶ uno de sus discípulos, Robert Gaupp, consideró en 1939 que su trabajo «“indestructible” [...] comprendía nada menos que la «condición previa de toda investigación en psiquiatría y el fundamento de todas las leyes Nazis de higiene racial»» (Engstrom y Weber, 2007, p. 267).

⁹⁴ El eje jerarquizador entorno a la «mente» fue también el principio articulador del trabajo de Francis Galton, fundador de la eugenesia y de la psicometría, cuya piedra angular era la genialidad e inteligencia (Álvarez Peláez, 1985). La construcción de la «inferioridad mental», ha resultado históricamente fundamental para justificar la subordinación de las mujeres y de las poblaciones no caucásicas antes incluso de la ilustración.

⁹⁵ Ver Preludio.

⁹⁶ Sobre la empresa Kraepeliniana de biologización de los hechos sociales vinculada al interés -siempre recurrente- de establecer la psiquiatría como «verdadera disciplina médica», véanse sobre todo los trabajos de Volker Roelcke (1997) y de Sandra Caponi (2014).

La lucha de Hitler: una guerra contra la degeneración múltiplemente codificada

El nazismo nació resuelto a «medir el valor de los hombres por la raza y declarar la guerra al principio marxista según el cual “un hombre es siempre igual a otro”» (Hitler, 2013, p. 276). Se desató, así, contra el pacto fraternal entre masculinidades y desde el subyacente dominio de las mujeres (Segato, 2003), para aplicar de forma implacable un principio de desigualdad, basado en un «fundamento racial», cuyo doble eje debía instituir la desigualdad entre «los pueblos en base a la raza a la que pertenecen» y entre «los individuos dentro de una determinada colectividad [...] en base a la capacidad y la destreza» (Hitler, 2013, p. 276). Su misión absoluta, exultantemente misógina, racista, cuerdista, capacitista, heterosexista, adultocéntrica e imperial, aspiraba «a consagrar este mundo [...al] Hombre superior» (Hitler, 2013, p. 276).

Este «Hombre superior», tipo original y puro de la raza, debía constituir sus perfiles sobre la multiplicación de las vidas sin valor, con la «convicción de tener el derecho de valerse hasta de las armas más brutales» (Hitler, 2013, p. 332). El régimen nazi emergió dispuesto, en su condición viril y guerrera, hasta la muerte. Su formulación en *Mein Kampf* permite ya apreciar cómo acabaría por funcionar su lógica de «violencia defensiva» (Butler, 2021). Aplicada al cuerpo de la Nación Imperial *Völkisch*, se resumirá en la consigna asesinato o suicidio racial: pues, en el «mundo real de la eterna lucha por la existencia [...] un ser vive a expensas del otro y [...] la muerte del más débil representa la vida del más fuerte» (Hitler, 2013, p. 420).

En el posterior despliegue de las políticas nacionalsocialistas, la producción de «vidas sin valor» correlativa a la práctica del asesinato confluyó espontáneamente sobre el viejo concepto de degeneración. Éste subsumió el ataque mortal contra quienes fueron codificadas como «anormales», «defectuosas», «enfermas incurables» o «criminales», contra el pueblo judío y otras supuestas «razas inferiores» como la gitana o la eslovena y, en general, contra todo enemigo político, particularmente contra comunistas, anarquistas y republicanos españoles (Burleigh y Wippermann, 1991; Cayuela, 2011; Friedlander, 1995; Lifton, 1986; Müller-Hill, 1998).

En *Mein Kampf* el uso del término degeneración se focalizó en reproducir específicamente la síntesis antisemita entre «individuo degenerado» (psiquiatrizado) y «raza degenerada» que Kraepelin había establecido 17 años antes en *Zur Entartungsfrage* (1908/2007). Alimentándose, por supuesto, de la retórica de superioridad aria instaurada por Gobieneau y sus seguidores antisemitas, y de la modalidad de eugenesia fervorosamente establecida como ciencia por prominentes

científicos alemanes, la *Rassenhygiene* (Baur et al., 1921). He aquí algunos fragmentos de la «Biblia del nazismo» que escribió Hitler (1926/2013):

la acción social jamás puede basarse en un ridículo e inútil lirismo de beneficencia. Debe partir de la eliminación de aquellas deficiencias que son fundamentales en la estructura económico-cultural de nuestra vida y que constituyen el origen de la degeneración del individuo (p. 25). [...] Las consecuencias desastrosas del desprecio a las leyes naturales, en lo que respecta al matrimonio, son evidentes [...] se trataba de un envenenamiento de la sangre, toda vez que cualquier hija de un comerciante judío se juzgaba apta para proporcionarle descendencia a Su Alteza [...] el resultado de ese estado de cosas era la más completa degeneración (p. 157) [...] La prohibición durante seis siglos de la capacidad y posibilidad de procreación de los degenerados físicos y mentales, no sólo liberaría a la Humanidad de una inmensa desgracia, sino que además produciría una situación de restablecimiento que hoy parece casi imposible. Si se realizara con un método y un plan para fomentar la procreación de los más sanos, el resultado sería la constitución de una raza que, al menos inicialmente, eliminase los brotes que son hoy la causa de nuestra decadencia física y moral (p. 252).

La guerra efectiva de Hitler contra la degeneración abarcó también el campo de las artes, años antes de alcanzar el gobierno. En 1928, en tanto «artista» despechado, Hitler fundó la *Kampfbund für deutsche Kultur* (Liga de Combate por la Cultura Alemana), orientada a perseguir como «degeneradas» algunas de las corrientes artísticas modernas. Particularmente aquéllas que habían recibido inspiración o se asemejaban a las obras artísticas de las personas psiquiatrizadas e institucionalizadas que el psiquiatra Hans Prinzhorn (1886-1933) había divulgado en un libro que acabó siendo conocido como la Biblia de los surrealistas (English, 2021).⁹⁷ La exposición de «Arte Degenerado» (*Entartete Kunst*) que el III Reich puso en marcha de 1937 a 1941 con la intención de humillar, avergonzar y deslegitimar, persistió en esta línea, exhibiendo —entre otros— cuadros de reconocidos artistas como Paul Klee, Otto Dix, Max Erns y Oskar Kokoschka, al lado de algunos de los cuadros de personas psiquiatrizadas de la colección de Prinzhorn (English, 2021; Jaramillo, 2020).

⁹⁷ Véase, Prinzhorn, Hanz. (1922). *Bildnerie der Geisteskranken; ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung*. Berlin: Verlag von Julius Springer. Este libro, denominado la «Biblia de los surrealistas», inspiró a artistas de vanguardia como André Breton, Salvador Dalí o Paul Klee, entre otros. Para un análisis de este despliegue véase sobre todo English (2021).

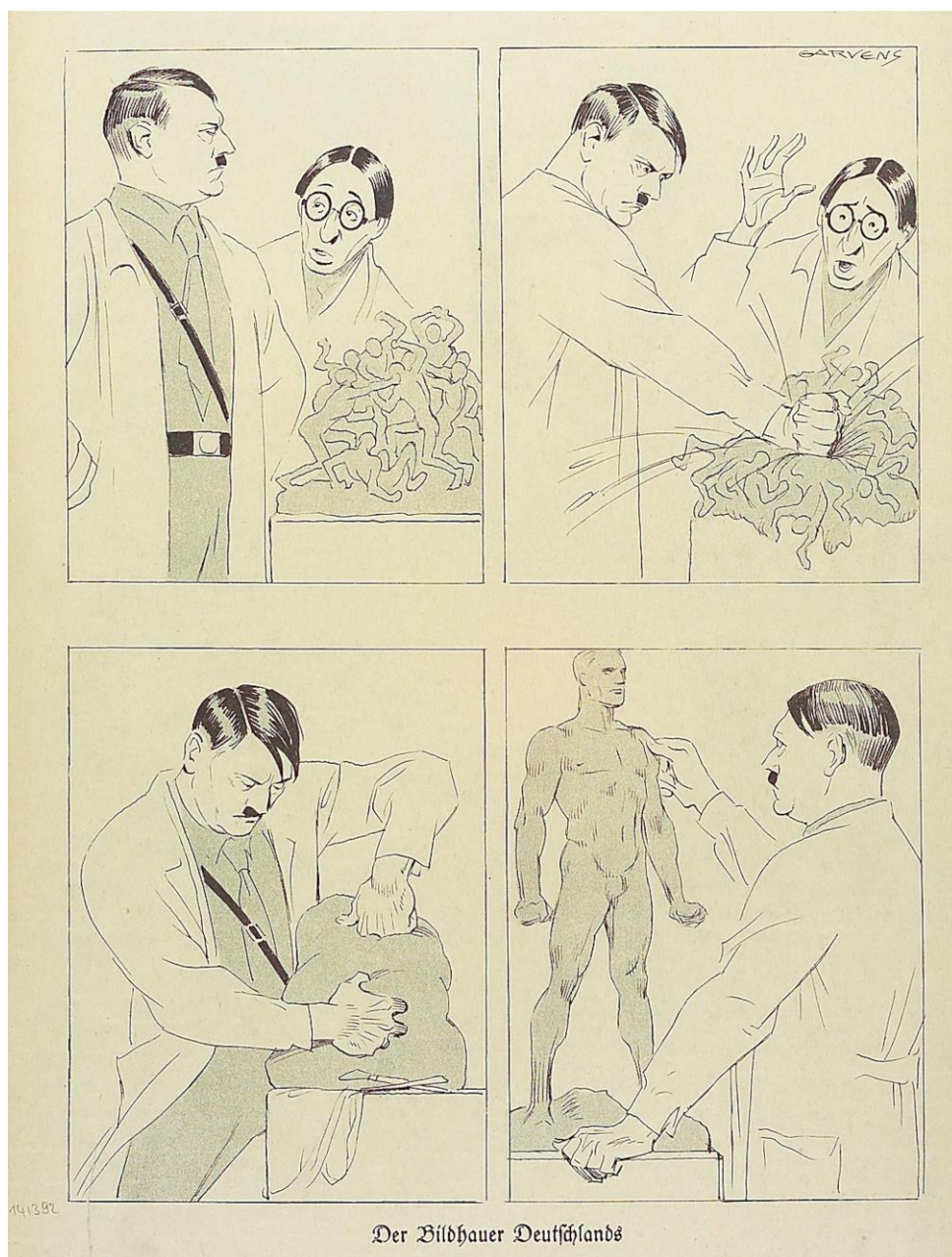


**Ilustración 8. *Der Bildhauer Deutschlands*
«El Escultor de Alemania»**

Ilustración realizada por Oskar Garvens (1874-1951) y publicada por la revista de derechas *Kladderadatsch* el 3 de diciembre del 1933. La viñeta, que pretendía glorificar a Hitler y a la ideología nazi, capturó con gran precisión la fusión entre el proyecto político y artístico de Hitler. En ella, Hitler, tras mirar con altivez a un artista judío, destroza y funde la masa de cuerpos humanos de la nación alemana para esculpir con ella la vigorosa figura del «hombre superior» de raza aria. Ilustración de dominio público. Archivo de la *Universitätsbibliothek Heidelberg/Kladderadatsch*.

El ascenso de Hitler y Rüdin: de la esterilización al exterminio

El Nazismo inauguró su ascenso al poder aplicando el doble «fundamento racial» de desigualdad que Hitler prometió levantar contra el «marxismo». Por un lado, institucionalizó la desigualdad ente los grupos humanos y neutralizó la oposición expulsando de los puestos de la administración pública a las personas de ascendencia «no-aria» y a sus oponentes políticos —particularizando en personas judías y comunistas—, mediante la *Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums* del 7 de abril 1933 (Ley para la Restauración de la Función Pública) (Hentschel, 1996; Martin et al., 2022). Por otro lado, legalizó la esterilización forzosa de aquéllas personas a las que se les atribuyera alguna de las supuestas «enfermedades hereditarias», asaltando cuerpos cuya desigualdad ya estaba jurídicamente instituida y contaba con su red de espacios de «exclusión y concentración» —instituciones manicomiales—, a través de la *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* del 14 de julio del 1933 (Ley para la Prevención de la Descendencia Genéticamente Enferma) (Müller-Hill, 1998).

En el corazón de este doble proceso de «purificación», que pronto integró el asesinato como «tratamiento especial», latió la incansable labor de prominentes psiquiatras, neurólogos, genetistas, antropólogos y médicos, deseosos de aplicar sus postulados biologicistas y, de paso, ascender en sus carreras profesionales. De hecho, el ascenso del nazismo no puede explicarse sin referir el amplio apoyo que obtuvo de la comunidad académica alemana vinculada a los estudios de la herencia y la degeneración. Por ejemplo, en 1931, Fritz Lenz reclamó «la autoría intelectual de los elementos de higiene racial» del *Mein Kampf*; definió a Hitler como «el primer político de gran influencia en reconocer la higiene racial como una tarea central de toda política»; y si bien «lamentó» con la boca pequeña la «aplicación práctica antisemita» que éste proponía, expresó el contundente propósito de «conquistar al movimiento nacionalsocialista para las reformas [...] de la higiene racial» (citado en, Schmuhl, 2008, párr. 152). Es más, en las filas del partido nazi destacó la medicina como «la primera profesión en unirse» y aquélla que superó en representación al resto de grupos ocupacionales; con 15.000 miembros, entre ellos 3.000 psiquiatras (Kaplan y Garry, 2012, p. 137).

En el liderazgo intelectual y científico de las políticas Nacionalsocialistas, despuntaron quienes tras la «limpieza racial» ascendieron, permanecieron vinculados o accedieron a ser reclutados, por los Institutos de Investigación integrados en la *Kaiser Wilhelm Gesellschaft* (KWG: Sociedad Alemana Kaiser-Willem, actual *Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften*). Específicamente por (a) el Instituto de

Psiquiatría de Múnich, dirigido por Rüdín (b) el de Investigación del Cerebro de Berlín-Buch, dirigido por Hugo Spatz (1888-1969) con la inestimable colaboración de Julius Hallervorden (1882-1965) como director de su Departamento de Neuropatología; y, (c) el de Antropología, Genética Humana y Eugenesia de Berlín-Dahlem, dónde hicieron carrera, entre otros, Fritz Lenz, Eugen Fischer, Otmar von Verschuer (1896-1969) y Josef Mengele (1911-1979) (Schmuhl, 2008; Seidelman, 2000). Muchos de estos expertos, «sabios» supervivientes, incitadores, planificadores, ejecutores y beneficiarios del exterminio nazi, esquivaron libres de culpa el escurridizo «crimen contra la humanidad». Entre ellos Fisher, Lenz, Verschuer, Spatz, Hallervorden y Ernest Rüdín, cuyo castigo se limitó a una multa de 500 marcos y en quien quisiera centrarme aquí (Joseph, 2004; Martin, Karenberg y Fangerau, 2020; USHMM, s.f.; Weiss, 2010).⁹⁸

Rüdín resulta relevante porque tanto su prestigio como sus fraudulentos métodos de investigación y verificación de «lo hereditario», siguen ejerciendo un influjo crucial en nuestros días a través de la «psiquiatría genética», diciplina de la que es padre fundador, y en la que el «modelo biomédico» hegemónico en salud mental se apoya con firmeza. Los procedimientos que él diseñó en sus estudios de gemelos relativos a la «esquizofrenia» —precisamente una de las categorías médicas predilectas de esterilización y exterminio en el nazismo— continúan siendo las bases epistemológicas y metodológicas en las que se asientan los «coeficientes de heredabilidad» de los «trastornos mentales» en nuestro mundo contemporáneo, a pesar de estar fundamentados en una constatada falacia y en una constante falta de replicabilidad (Joseph, 2006, 2016; Joseph y Wetzel, 2013; Weiss, 2013).

El ascenso de Rüdín al poder se explica por su compromiso ideológico con el nazismo. Desde 1918 dirigía «la primera instalación de investigación del mundo en genética y epidemiología psiquiátrica», el *Genealogisch-Demographischen Abteilung* (Departamento de Estudios Genealógicos y Demográficos) del *Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie* (Instituto de Investigación Psiquiátrica) de Múnich que Kraepelin había fundado en 1917 (Joseph, 2006; Kösters et al., 2015; Roelcke, 2019). Su Departamento resultó clave para la fundamentación de la psiquiatría genética en tanto funcionó como centro capacitador de investigadores visitantes que perpetuaron el legado de Rüdín en Europa y Norteamérica (Joseph, 2006; Roelcke, 2019). En 1931 Rüdín sucedió al difunto Kraepelin como director del Instituto de Investigación

⁹⁸ Fisher, Lenz, Verschuer, Spatz y Hallervorden prosiguieron su carrera académica tras la II Guerra Mundial con amplio reconocimiento (Martin et al., 2020; USHMM, s. f.). Rüdín, fue calificado como «seguidor» -categoría de más baja culpa e inmediatamente seguida de la de «exonerados» (Hippius et al., 2008, p. 52; Joseph, 2004, p. 48).

Psiquiátrica de Múnich,⁹⁹ por entonces integrado KWG y considerado el «primer y más importante instituto de investigación psiquiátrica del mundo» (Seidelman, 2000, p. 4). Un año después fue unánimemente electo presidente (1932-1936) de la Federación Internacional de Organizaciones Eugenésicas en el Tercer Congreso Internacional de Eugenesia celebrado en Nueva York (Torruco Salcedo, 2014; Weber, 1996). En 1933, con la llegada del nazismo al poder, el Ministro de Interior del Tercer Reich, lo nombró director de la GFR, en calidad de Comisionado del Reich. El cometido de Rüdín consistió en dirigir la tarea de limpieza de los asociados de «razas inferiores» —principalmente de origen judío— y establecer el «nuevo inicio de la higiene racial alemana», integrando la GFR al *Der Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst* (Comité del Reich para el Servicio de Salud Pública) (Schmuhl, 2008, p. 123).

Ese mismo año Rüdín asumió también el liderazgo de la Asociación Alemana de Higiene Mental, modificando su nombre para añadirle la coletilla de racial (*Deutscher Verband für Psychische Hygiene und Rassenhygiene*) y fusionándola con otra organización —mucho más importante— que quedó igualmente bajo su mando: la DVP antiguamente presidida por Kraepelin (Schmuhl, 2011; Wistrich, 2002). El ascenso del nazismo al poder representó para Rüdín la gran oportunidad para «hacer realidad el sueño de la psiquiatría». En 1934 afirmaba:

El psiquiatra y la persona sana son aliados contra los genéticamente defectuosos. El psiquiatra debe prestar su servicio al objetivo final de una raza hereditaria pura, capaz y superior [...] Solo el trabajo político de Adolf Hitler hizo posible que la conciencia de la gente sobre el significado y la importancia de la pureza de la raza pudiera aumentar e intensificarse. Nuestro sueño, que dura más de 30 años, ahora se ha convertido finalmente en una realidad (citado en, Klee 1999, p. 3).

En 1935, Rüdín fusionó la DVP con la *Gesellschaft Deutscher Nervenärzte* dando lugar a la *Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater* (GDNP: Sociedad de Neurólogos y Psiquiatras Alemanes), por indicación de Arthur Gütt (1891-1949), director de la Oficina de Salud Pública del Ministerio de Interior del Tercer Reich, quedando las tres asociaciones antes mencionadas fusionadas en la GDNP, que presidió hasta 1945 (Schmuhl, 2011). El objetivo de esta triple fusión fue —según Rüdín— promover «una nueva actitud fundamental hacia la medicina [...] con el fin de hacer

⁹⁹ Kraepelin había fundado el Instituto Alemán de Investigación Psiquiátrica de Múnich en 1917 paradójicamente gracias a las generosas donaciones del judío americano James Loeb. En éste hicieron carrera junto a Rüdín, Alois Alzheimer y Franz Nissel. La Fundación Americana Rockefeller financió un nuevo y magnánimo edificio del instituto, que fue integrado en la Sociedad Alemana Kaiser-Wilhelm y abrió sus puertas en 1928, tras la muerte de Kraepelin. El instituto continuó siendo financiado por James Loeb hasta su muerte en 1933 y por la Fundación Rockefeller hasta el estallido de la II Guerra Mundial (Seidelman, 2000).

todos los esfuerzos posibles para asistir las iniciativas de higiene racial emprendidas por el Gobierno alemán» (Rüdin y Nitsche, 1936, pp. 4-7). El enorme prestigio, tanto nacional como internacional del que gozaba Rüdin, junto con su rol centralizador y «coordinador» de la comunidad médica, contribuyeron decisivamente a legitimar e implementar exitosamente las políticas de higiene racial del III Reich (Weiss, 2013; Wistrich, 2002). La GDNP se implicó efectivamente en la política genocida aportando grandes líderes para el primer exterminio nazi con cámara de gas; el programa de eutanasia *Aktion T4* (Friedlander, 1995, p. 155).

La implicación de Rüdin en la planificación, apoyo y aprovechamiento científico del asesinato de menores y «pacientes mentales» bajo el programa de Eutanasia forzosa del nazismo pese a los intentos de exonerarlo por parte de su sequito de discípulos y discípulas contemporáneos (Joseph y Wetzel, 2013) —entre ellos su hija y el más prominente psiquiatra genetista de nuestra época (Zerbin-Rüdin y Kendler, 1996)— es evidente (Joseph, 2006; Joseph y Wetzel, 2013; Peters, 2001; Seidelman, 2000; Weiss, 2013). Rüdin participó y justificó la legislación racial (Joseph y Wetzel, 2013). Las *Nürnberger Gesetze* del 11 septiembre del 1935, criminalizaron el matrimonio y las relaciones sexuales entre personas judías y arias y desposeyeron a las primeras de la ciudadanía, siendo también aplicadas a gitanas. La *Ehegesundheitsgesetz* del 18 de octubre de 1935, prohibió el matrimonio a quienes estuviesen bajo tutela, contrajesen una «enfermedad contagiosa» o presentasen alguna de las «enfermedades hereditarias» especificadas en la ley de esterilización (Friedlander, 1995; Müller-Hill, 1998).

La Ley de esterilización alemana tuvo como objetivos iniciales a personas adultas diagnosticadas de: debilidad mental congénita, esquizofrenia, locura circular (maníaco-depresiva), epilepsia hereditaria, baile de San Vito hereditario (corea de Huntington), ceguera y sordera congénitas, pronunciadas malformaciones corporales de carácter hereditario y alcoholismo grave (Friedlander, 1995; Lifton, 1986; Torruco Salcedo, 2014). Esta ley no fue una excepción en la época, «reflejaba panfletos de salud, exhibiciones y películas producidas durante la década de 1920 en otros países donde las ideas sobre el «mejoramiento racial» se habían extendido, desde Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Dinamarca hasta la Unión Soviética, Brasil y Japón», y estuvo inspirada en las legislaciones Estadounidenses que entre 1907 y 1945 registraron 40.000 esterilizaciones, mayoritariamente de quienes vivían en el encierro manicomial (Bachrach, 2004, p. 418). No obstante, la ley de esterilización nazi fue mucho más allá que sus predecesoras, tanto cualitativa como cuantitativamente. Ya en noviembre del 1933 con la entrada en vigor de La Ley de Peligrosidad Social y Medidas para Atajarla (*Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung*

und Besserung), la esterilización forzosa se había extendido al diagnóstico psiquiátrico de «antisocial» que, entre otros, se aplicaba a homosexuales y comunistas (Cayuela Sánchez, 2011; Friedlander, 1995).

Descontento con esta medida, en 1935, Rüdin, que era apodado por sus colegas el «*Reichsführer* de la esterilización» (Seidelman, 2001), en tanto miembro del *Sachverständigen-Beirat für Bevölkerungsfragen und Rassenpolitik* (Consejo asesor de expertos en cuestiones de población y política racial) propuso «ampliar el espectro de enfermedades que requieren esterilización» a la categoría difusa y amplia de *Ballastexistenzen* (Müller-Hill, 1998, p. 33) vinculada a la de «vida sin valor», en cuya genealogía están Bleuler, Binding y Hoche, y el discurso sobre la inutilidad de los programas de asistencia social para la auto-purificación de la raza que divulgó Kraepelin. La propaganda nazi sobre la «carga social» de los «incurables» publicitaba la «muerte misericordiosa» con ejercicios escolares basados en «problemas matemáticos», como los de calcular cuántos préstamos se podían otorgar a «parejas recién casadas» por el coste de cuidar a «lisiados, criminales y locos» (Lifton, 1986, p. 48), dónde, como afirmó Hitler (2013, p. 420) «la muerte del más débil representa la vida del más fuerte».

La transición entre la esterilización forzosa y el exterminio fue una progresión en la lógica que se había establecido, apoyada en argumentos pragmáticos y economicistas, que empezó a emerger en los debates suscitados por la ley de esterilización. El problema científico-político, no era sólo que dichas vidas careciesen de valor reproductivo (*Lebensunwerten leben*) para el *Volk*, al que amenazaban con la degeneración y destrucción, sino que además suponían una carga económica y de cuidados innecesaria (*Ballastexistenzen*). Por ello, esterilizar no era la solución más efectiva, pues solo resolvía la primera cuestión.



Ilustración 9. Póster de propaganda nazi precursor del programa de Eutanasia forzada.

Este póster fue publicado en 1937 por *Neues Volk*, una revista del *Rassepolitischen Amt der NSDAP* (Oficina de Políticas Raciales del Partido Nacionalsocialista Obrero Alemán). Un médico presenta a un hombre discapacitado presumiblemente de «raza aria» bajo el mensaje: «60.000 marcos alemanes es lo que cuesta a la comunidad nacional esta enfermedad hereditaria a lo largo de su vida. Camarada, este es también tu dinero». Imagen de dominio público.

Apenas proclamada la Ley de esterilización del 1933, en una ceremonia de apertura de una academia médica estatal en Múnich, Walther Schultze (1894-1979), que sería Jefe del Departamento de Salud Pública del Ministerio del Interior de Baviera, ya afirmó que la esterilización era insuficiente: «psicópatas, retrasados mentales y otras personas inferiores deben ser aisladas y matadas» (Lifton, 1986, p. 48). El sueño de Binding y Hoche se hizo realidad con el programa secreto de Eutanasia, el cual fue precedido por intensos despliegues propagandísticos, que incluyeron además de los problemas matemáticos en las escuelas sobre la «carga social» de los «enfermos incurables», películas dirigidas al público general publicitando la «muerte misericordiosa» y cursos sistemáticos en instituciones psiquiátricas, cuyo objeto era el de mostrar el valor negativo, la miseria y la indignidad de unas vidas que, bajo criterio médico, no merecían la pena ser vividas (Lifton, 1986, pp. 48-50).

Hitler había comunicado privadamente en 1935 que incorporaría la eutanasia forzosa con el inicio de la Guerra (Friedlander, 1995, p. 62). No obstante, la cuestión se adelantó a partir de una solicitud de «muerte misericordiosa» que llegó a sus manos en 1938 y que dio lugar al «proyecto piloto» con el que empezó el Programa de Eutanasia forzosa (Friedlander, 1995; Lifton, 1986). Este programa se condujo por grupos poblacionales en función del grado de aceptabilidad social atribuido a los asesinatos y en función de estrictos criterios médicos y sofisticados procedimientos burocráticos que sirvieron para «difundir la responsabilidad individual [...] en una máquina médica fija y oficialmente autorizada» (Lifton, 1986, pp. 55-57).

El programa de eutanasia forzosa nazi utilizó los criterios de «evaluación objetiva» propuestos por Binding y Hoche (1922), sin que los «comités de expertos» encargados de decidir sobre la vida y la muerte, incluyeran juristas.¹⁰⁰ Primero se recolectaron los «datos médicos» de todos los menores de tres años, en una breve encuesta cuyos criterios —escrupulosamente acordados entre expertos— estaban orientados a discriminar las «vidas sin valor». Estas encuestas fueron inicialmente completadas por doctores y parteras que nada sabían de sus oscuros objetivos. La primera encuesta, discriminaba como candidatos para el asesinato a los menores de tres años diagnosticados de «idiotéz y mongolismo (especialmente asociado a ceguera y sordera); microcefalia; hidrocefalia; malformaciones de todo tipo, especialmente de extremidades, cabeza y columna vertebral; y parálisis, incluidas condiciones

¹⁰⁰ Véase el análisis de Friedlander (1995, pp. 14-17).

espásticas». ¹⁰¹ No obstante poco después se añadieron «diversos impedimentos limítrofes [...] en menores de diferentes edades, que culminaron en el asesinato de aquellos designados como delincuentes juveniles [...mientras los infantes] judíos podían ser colocados en la red principalmente porque eran judíos» (Lifton, 1986, p. 56).¹⁰² Dichas encuestas las recibían paneles de tres «médicos expertos» que debían indicar con una cruz si tal menor precisaba un «tratamiento especial», el eufemismo que ocultaba la condena a muerte. Los veredictos secuenciales aseguraban que el segundo «experto» conociese la opinión del primero y el tercero la de los dos anteriores y el consenso «garantizaba» el asesinato (Lifton, 1986, p. 53).

El uso de la terminología médica por los nazis fue crucial para mantener una política de engaño sistemático.¹⁰³ En el caso de los menores, para facilitar las «transferencias» a los centros de exterminio, se informaba a las familias de que allí sus hijos e hijas recibirían «el mejor y más eficaz tratamiento» y solo si se resistían se les amenazaba con retirarles la custodia (Lifton, 1986, p. 55). Una vez internados, los médicos a cargo de las instituciones organizaban los asesinatos unas semanas después de la fecha de ingreso para no levantar sospechas, y generalmente eran ejecutados por las enfermeras mediante dosis letales de sedantes de la familia de los barbitúricos que se administraban durante días consecutivos (Copeland, 2021; López-Muñoz et al., 2008); si esto no funcionaba se utilizaban inyecciones mortales de morfina (Lifton, 1986, p. 55).

Este procedimiento permitió que los verdugos asimilaran el asesinato a un simple sueño profundo. En palabras de uno de ellos: «eso no [era] asesinar, eso [era] poner a dormir» (citado en, Lifton, 1986, p. 57). Tras ello se procedía a la extracción de los «tejidos interesantes para la investigación», se quemaban los cadáveres y se colocaban algunas cenizas indiferenciadas en urnas para enviarlas a las familias junto con una falsa causa de muerte (Lifton, 1986, pp. 51-62). Aprovechando los beneficios investigativos derivados de la matanza que Hoche había anticipado, los tejidos de las víctimas eran transportados a los Institutos de Investigación de la KWG, incluidos el de Psiquiatría

¹⁰¹ Orden secreta del 18 de agosto de 1939, titulada: *Meldepflicht für mißgestaltete usw. Neugeborene* (Notificación obligatoria de recién nacidos deformados, etc.), referencia, IVb 3088/39-1079Mi. Reproducida íntegramente en Klee (1986, p. 239).

¹⁰² Las personas psiquiatrizadas de raza no aria enfrentaban una doble condena a muerte derivada del doble fundamento racial del nazismo, en base a su diagnóstico médico -capacidad y destreza- y en base a su origen étnico-racial. Sobre el destino de las personas de origen judío institucionalizadas en psiquiátricos de los territorios ocupados por la Alemania Nazi, véase el reciente trabajo de Yoram Mouchenik y Véronique Fau-Vincenti (2020).

¹⁰³ Véase Klemperer, Víctor. (2001). *LTI. La lengua del Tercer Reich: Apuntes de un filólogo*. Barcelona: editorial minúscula.

(dirigido por Rüdin) y el de Investigación del Cerebro (con la amplia colección de Hallervorden) (Seidelman, 2000).

En otoño de 1939 se hizo una «visita guiada» para el público general a la Institución psiquiátrica de Eglfing-Haar cerca de Munich que entonces dirigía el psiquiatra y neurólogo Hermann Pfannmüller (1886-1961), un discípulo de Kraepelin que decidió pasar por alto el criterio de «muerte indolora» y matar de hambre, que era más barato. Durante los Juicios de Nuremberg a los Doctores¹⁰⁴ un prisionero de guerra antifascista presentó su testimonio de esta «visita guiada». Según el testigo, Pfannmüller afirmó:

“Estas criaturas” (se refería a los infantes) “representan naturalmente para mí como nacionalsocialista sólo una carga para el cuerpo sano de nuestro *Volk*. No matamos [podría haber usado una expresión eufemística para esta palabra “matar”] con veneno, inyecciones, etc.; entonces la prensa extranjera y ciertos caballeros en Suiza sólo tendrían nuevo material propagandístico. No, nuestro método es mucho más simple y natural, como veréis.” Con estas palabras, sacó, con la ayuda de una enfermera, a un infante de su pequeña cama. Mientras exhibía al infante como si fuera una liebre muerta, confirmaba con aire de experto y sonriendo cínicamente: “Tomará unos dos o tres días más para éste, por ejemplo”.¹⁰⁵

El inicio de la II Guerra Mundial fue el punto de inflexión entre la esterilización forzosa y el exterminio de adultos, una compleja operación que implicó a toda la comunidad psiquiátrica (Lifton, 1986, p. 65) y abarcaba un número de víctimas mucho mayor que las del programa de eutanasia contra los menores (Friedlander, 1995, p. 62), por lo que requirió una mayor formalización y el desarrollo de nuevas tecnologías de muerte. La derogación de la Ley de esterilización forzosa un día antes de la guerra, cuando el III Reich había esterilizado a unas 400.000 personas, mayoritariamente clasificadas como «débiles mentales» y «esquizofrénicas» (Müller-Hill, 1998; Torrey y Yolken, 2010), dio paso a la orden secreta que activó el programa de exterminio de adultos institucionalizados *Aktion T4*, dirigido a matar a los supervivientes de la esterilización forzosa. Con la guerra, en palabras de Hitler había llegado «el mejor momento para la eliminación de los enfermos incurables» (citado en, Lifton, 1986, p. 50).

Dicha orden, que no pasó ningún procedimiento legislativo, y que Hitler firmó en octubre pero hizo coincidir retroactivamente con la fecha de inicio de la II Guerra Mundial (1 de septiembre de 1939), trataba de orillar las quejas que habían emergido

¹⁰⁴ National Archives and Records Administration. (1974). *Records of the United States. Nuremberg War Crimes Trial. United States of America v. Carl Brandt et al (Case 1)*. National Archives and Records Administration.

¹⁰⁵ Lehner, L. (1947). *Affidavit concerning the killing of children (by starvation) at Eglfing-Haar asylum (euthanasia)*. Document NO-863. IMT/NMT Staff Evidence Analysis. p, 2.

sobre la inexistencia de una ley que avalase «la destrucción de vidas sin valor» durante el programa de eutanasia infantil, aferrándose a la idea de que la palabra del *Führer* era ley (Müller-Hill, 1998, p. 42). La orden, delegaba la responsabilidad a Philip Bouhler (1899-1945), jefe de la cancillería de Hitler, y Karl Brandt, médico personal de Hitler, de «expandir la autoridad de los médicos que serán designados nominalmente» para «garantizar la muerte misericordiosa» a los «pacientes considerados incurables» de acuerdo con el «mejor juicio humano disponible».¹⁰⁶ Cuando dicha orden se hizo pública en octubre ante medio centenar de psiquiatras bajo «secreto incondicional» tan solo uno de los médicos protestó, y por razones tácticas (Guralnik, 2013, p. 65; Lifton, 1986, p. 65).

El programa de eutanasia forzosa de adultos *Aktion-T4* replicó y perfeccionó los procedimientos llevados a cabo con la población infantil, e implicó la participación de prácticamente toda la comunidad psiquiátrica alemana (Lifton, 1986, p. 65). Los cuestionarios fueron enviados no solo a las instituciones psiquiátricas, sino a todos los hospitales y establecimientos de «pacientes crónicos» y sirvieron para seleccionar a las víctimas bajo una combinación de parámetros médicos, de productividad, de delincuencia y de «raza», seleccionando para el asesinato a «pacientes»:

1) que padecen enfermedades específicas que no se pueden emplear o se pueden emplear solo en un trabajo mecánico simple [...] esquizofrenia, epilepsia, enfermedades seniles, parálisis resistente a la terapia y otras secuelas sifilíticas, debilidad mental por cualquier causa, encefalitis, corea de Huntington y otras afecciones neurológicas de naturaleza terminal; 2) institucionalizados continuamente durante al menos cinco años; 3) bajo custodia como delincuentes dementes; 4) que no son ciudadanos europeos o que no son de sangre alemana o afín, que otorga la raza y nacionalidad.¹⁰⁷

Tal y como evidenció Lifton (1986), el desconocimiento del propósito de la encuesta inicialmente llevó a que muchos de los doctores exageraran los diagnósticos para proteger de la política de «trabajo obligatorio» que intuían. La estrategia inversa, atenuarlos, fu empleada cuando se supo de los asesinatos, por los pocos médicos que se resistieron a enviar algunos de sus pacientes a la muerte. De nuevo el consenso entre «paneles de tres expertos» aseguraba los asesinatos, esta vez sin saber lo que juzgaban

¹⁰⁶ La copia de esta autorización de Hitler para el programa de eutanasia *Aktion T4* es de dominio público y puede ser consultada en la web del *United States Holocaust Memorial Museum*: <https://collections.ushmm.org/search/catalog/pa15074>, consultado el 30 de noviembre del 2022.

¹⁰⁷ El cuestionario se hizo público en el Juicio de Hadamar, una instalación de eutanasia situada en la Alemania occidental, cerca de Limburg, en la que fueron exterminadas unas 15.000 personas. Véase Hadamar Trial, Frankfurt/M., February-March 1947 (4 KLS 7/47), Landgericht Frankfurt. *Instruction sheet from Heyde Trial Documents*, pp. 210-211. La traducción oficial al inglés fue también reproducida íntegramente en Lifton (1986, pp. 68-69).

sus compañeros (Lifton, 1986, p. 66). El exterminio de las personas adultas incrementó la burocracia legitimadora. Primero las familias recibían la notificación de la transferencia de sus allegados a otros centros debido a «medidas importantes relacionadas con la guerra»; luego, una comunicación indicando que su familiar «había llegado bien» pero que por «motivos de guerra no podría recibir visitas» y; finalmente la notificación de la muerte junto con una urna que contenía cenizas de cadáveres indiferenciados y una disculpa por el estado de guerra (Lifton, 1986, p. 70).

Bajo el programa *Aktion-T4* se fabricaron y pusieron en marcha las primeras cámaras de gas. Estas no estaban previstas, pero según Brandt «un psiquiatra» presumiblemente Warner Heyde sugirió «usar gas de monóxido de carbono» dando lugar a «un gran avance en la historia de la medicina» y a una demostración pública en la que el *Führer* decidió que esa sería «la forma más humana de matar» y que «solo los doctores deberían poner en marcha las gasificaciones» (Lifton, 1986, p. 72).¹⁰⁸

El «procedimiento médico» fue posteriormente aplicado en los campos de exterminio de forma similar, dónde las cámaras de gas adquirieron «las mismas engañosas apariencias [...] parecían duchas y cuartos de baño» (Arendt, 2018, p. 160). Tras anunciar una ducha y ropa nueva, un médico acompañaba a las víctimas a una «sala de baño», las fotografiaba desnudas y las «examinaba» para determinar que la persona correcta estaba siendo asesinada. La falsificación de las causas de muerte era llevada a cabo principalmente por doctores en prácticas y contaba con «guías médicas de consistencia y credibilidad» y en cada centro de exterminio una oficina se especializó en planificar las fechas de «las defunciones» para no levantar sospechas (Lifton, 1986: 74–75).

No obstante, pronto los asesinatos se convirtieron en un secreto a voces. Contribuyeron a ello algunos «errores burocráticos», como enviar dos veces una urna a la misma familia, comentarios indiscretos de quienes trabajaban en las instituciones de exterminio, la resistencia desorganizada de contados psiquiatras —especialmente religiosos y/o con algún tipo de discapacidad física—¹⁰⁹, y otros hechos que difícilmente podían ser ocultados: como el olor a humo que desprendían incansablemente los crematorios o la entrada incesante de autobuses que siempre volvían vacíos (Lifton, 1986, p. 75).

¹⁰⁸ Véase el interrogatorio a Karl Brandt del 1 de octubre de 1945, en Nuremberg en: National Archives, Department of State. Records of the Special Interrogation Mission to Germany, 8/1945–1/1946, *Interrogations of Former High-Level Nazi Diplomatic and Military Officers*, entry A1-1082.

¹⁰⁹ En palabras de Lifton (1986, p. 81) «algunos psiquiatras se resistieron a los asesinatos médicos, pero principalmente de forma limitada, aislada e indirecta. Aunque insuficiente, esta resistencia no carecía de importancia», consúltase el capítulo *Resistance to Direct Medical Killing*.

En agosto de 1941 Hitler ordenó de palabra detener el programa de eutanasia debido a las «protestas de gentes que, al parecer, aún no habían llegado a tener una visión puramente “objetiva” de la finalidad de la medicina y de la misión de los médicos» (Arendt, 2018, p. 160). La resistencia psiquiátrica a la matanza fue escasa. Un año antes, Karsten Jaspersen (1896-1968), director del manicomio cristiano de Bethel, trató de persuadir a los jefes de los departamentos universitarios de psiquiatría, entre ellos a Rüdín de organizar una protesta contra la eutanasia forzosa, sin éxito (Lifton, 1986, p. 88; Müller-Hill, 1998, p. 112). Las protestas, fueron avivadas y promovidas principalmente por autoridades de la Iglesia Católica. Al comunicado del vaticano del 2 de diciembre de 1940 indicando que «el asesinato directo [*Direkte Tötung*] de una persona inocente debido a defectos mentales o físicos no está permitido» y «es contrario al derecho natural y divino»,¹¹⁰ le siguieron los más efectivos, radicales y populistas sermones del obispo Clemens August Graf von Galen (1878-1946), cuyas influyentes homilías de julio del 1941 enfatizaron que nadie estaría a salvo si la productividad se convertía en una justificación para matar (Evans, 2008; Lifton, 1986).

No obstante, la «orden de cese» de Hitler detuvo tan solo los gaseamientos y tras esta «perecieron más víctimas de la eutanasia que antes» (Friedlander, 1995, p. 151). El exterminio de menores y adultos institucionalizados, que incluía a pacientes de territorios ocupados y deportados (Müller y Kanis-Seyfried, 2016), prosiguió mediante un dispositivo descentralizado en algunas instituciones incluso más allá del fin de la guerra (Friedlander, 1995; Klee, 1999). Durante ese periodo de «eutanasia salvaje» el médico a cargo de la institución decidía soberanamente y sin intermediación alguna quien vivía y quien moría (Lifton, 1986, pp. 96-102) y los métodos para matar incrementaron en brutalidad, recuperando la hambruna e incorporando los electrochoques¹¹¹ y los choques insulínicos (Benedict y Chelouche, 2008; Gazdag, Ungvari y Czech, 2017).

El cierre de las cámaras de gas del programa *Aktion-T4* en 1941 desembocó en su apertura en los campos de concentración y el inicio de la Solución Final al problema racial: «quienes habían trabajado en el programa de eutanasia [...] fueron enviados al Este para construir nuevas instalaciones, a fin de exterminar en ellas a pueblos enteros» (Arendt, 2018, p. 159). Bajo el programa de Eutanasia, estrictamente médico-psiquiátrico, se exterminaron entre 200.000-300.000 personas, contabilizando

¹¹⁰ Véase el comunicado completo en Klee, E. (Ed.). (1986). *Dokumente zur “Euthanasie”*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, pp. 184.

¹¹¹ Para una revisión reciente sobre el uso del electrochoque como tecnología de experimentación y muerte en los campos de concentración véase Herwig Czech *et al.* (2020).

territorio Alemán, territorios ocupados y población infantil y adulta, el Tribunal Internacional de Nuremberg calculó 275.000 víctimas (Bachrach, 2004; Joseph y Wetzel, 2013).

Los hombres homosexuales, también comprendidos dentro del paraguas psiquiátrico de la «degeneración», corrieron un destino prefigurado en función de su valor (re)productivo respecto al cuerpo de la nación, y de la amenaza que suponían para la moral del Estado racista del III Reich, cuyo «tipo humano ideal» debía estar representado «por la obstinada encarnación de la energía viril y por mujeres capaces de dar de nuevo a luz a verdaderos hombres» (Hitler, 2013, p. 255). Los hombres homosexuales arios fueron perseguidos por menoscabar los valores viriles y no contribuir a la regeneración de la raza. Su estatuto, entre la enfermedad mental y el delito resultaba ambiguo, además su «valor productivo de trabajo» los distinguía de los «degenerados improductivos». Es probable que los que vivían un encierro manicomial, fueran exterminados en el programa de eutanasia. Sin embargo, mayoritariamente quedaron codificados como «criminales». Se estima que, de los 50.000 homosexuales condenados a prisión, entre 5.000-15.000 fueron enviados a campos de concentración, donde una cantidad desconocida murieron junto a otros «presos políticos» —entre ellos republicanos españoles— en el programa de «exterminio a través del trabajo». Allí, los hombres homosexuales eran marcados con un triángulo rosa y expuestos a un trato especialmente cruel que incluía experimentos médicos para «curarlos», entre ellos diversas formas de mutilación (Giles, 1992; Haeberle, 1981; Plant, 1986; Ruiz-Olalde, 2004; USHMM, 2020).

La homosexualidad femenina —a diferencia de la masculina— no estuvo codificada como un crimen en la Alemania nazi —con la excepción de Austria que siguió penalizándola después de que Alemania se anexionara el país en 1938—, lo cual ha derivado en fervientes debates historiográficos acerca de si el lesbianismo, en sí mismo, fue perseguido o tolerado por el nazismo (Huneke, 2019, 2021; Marhoefer, 2016; Schoppmann, 1996, 2020). Este debate fue llevado a la arena pública con la inauguración en 2008 de un monumento —cercano al dedicado a las víctimas del Holocausto judío— situado en el parque de Tiergarten de Berlín y dedicado a las víctimas homosexuales del Nazismo. El monumento fue ideado como un gran cubo gris de hormigón, con una pequeña abertura rectangular en la que se proyectaban imágenes de hombres besándose. La inauguración, en respuesta a las protestas de colectivos de mujeres lesbianas, nació bajo el compromiso de incluir más adelante también a mujeres besándose. Ante dicha decisión un grupo de historiadores protestó mediante una carta pública en la que se argumentaba:

que sería una “falsificación” de la historia que el vídeo retratara a mujeres [besándose]. El estado nazi, escribieron, no “sometió” a las lesbianas “a persecución individual por motivos de su orientación sexual”. Mientras que miles de hombres homosexuales fueron enviados a campos de concentración, “no existe ni un solo caso históricamente probado de una mujer lesbiana que fuera perseguida por el nacionalsocialismo a causa de su homosexualidad” (Marhoefer, 2016, p. 1167).

Esta misma polémica volvió a emerger intensamente ante la petición en 2018 del Grupo de Mujeres Lesbianas Feministas Autónomas de Alemania y Austria al campo de concentración femenino de Ravensbrück, para que colocase un monumento conmemorativo con la inscripción: «Las mujeres lesbianas eran consideradas “degeneradas” y fueron perseguidas y asesinadas por “asociales”, resistentes y locas, y por otros motivos» (Huneke, 2021, p. 229). Lo que sí es evidente es que un buen número de mujeres lesbianas y travestis fueron etiquetadas como *Asoziale* (asociales) y enviadas a los campos de concentración, donde muchas de ellas fueron efectivamente exterminadas. No obstante, también es evidente que el grupo de *Asoziale*, en los campos de concentración identificado bajo el estigma del triángulo negro, era tremendamente heterogéneo. La categoría de *Asoziale*, cuya genealogía arraiga en la teoría de Lombroso sobre el criminal nato que Kraepelin introdujo en Alemania para constituirse en el máximo defensor de la «versión psiquiátrica del criminal nato [...] definido en términos de locura moral o de un defecto moral» de carácter congénito (Wetzell, 2000, p. 176), era una suerte de cajón de sastre, bajo la que quedaban codificados todos aquéllos cuerpos considerados degenerados e incapaces de encajar en la comunidad nacional del *Volk* (*Gemeinschaftsfremde* o *Gemeinschaftsunfähige*) dada su personalidad y comportamiento antisocial (Friedlander, 1995, p. 154; Wetzell, 2000, p. 226). Así se codificaron, entre otros, a las personas de etnia gitana —postuladas como criminales natas—, a alemanes negros, a personas que practicaban la homosexualidad, a mujeres que ejercían la prostitución, a mujeres solteras, a quienes habían sido juzgados como criminales o delincuentes habituales, a personas que mendigaban, a otras que se travestían (Friedlander, 1995; Huneke, 2021; Marhoefer, 2016; Wetzell, 2000). Este grupo de personas catalogadas como *Asoziale* estuvo constituido por un número desproporcionadamente alto de quienes fueron enviados a campos de concentración entre los años 1936 y 1941, comprendiendo hasta el 70 por ciento de todos los prisioneros de campo a finales de 1938 (Wachsmann, 2015, p. 149).

La práctica de la homosexualidad femenina, por otro lado, no siempre fue pareja de la adscripción a la categoría de *Asoziale*, y dio lugar a destinos radicalmente diferentes para los cuales la historiografía sigue buscando explicación. Quizá las explicaciones más coherentes son aquéllas que no purifican las categorías en identidades esenciales, y

partiendo de las historias de las mujeres lesbianas concretas, dan cuenta de cómo la homosexualidad femenina era un motivo de sospecha, una práctica ambigua que desestabilizaba la única función que el nazismo reservó a las mujeres —constituirse en úteros reproductivos al servicio del *Volk*—, práctica, vigilada y tolerada a un mismo tiempo por la GESTAPO, que interactuaba con muchas de las otras condiciones y comportamientos que estas mujeres encarnaban y podían determinar su destinación al grupo de *Asoziale* (Huneke, 2021; Marhoefer, 2016).

Poder mortífero, psiquiatría, biologicismo

Rüdín fue condecorado por Hitler en dos ocasiones; en 1939 con la medalla Goethe para el arte y la ciencia como el «pionero meritorio de las medidas de higiene racial del Tercer Reich» y en 1944 con «una medalla de bronce con el águila nazi» como el «pionero en el campo de la higiene hereditaria» (Wistrich, 2002, p. 213). En 1942, después de que el programa de eutanasia ya cometiera la mayoría de sus asesinatos y multitud de personas fueran gaseadas en los campos de exterminio, publicó una editorial dónde aclaró que los «logros históricos e inmortales de Hitler» estaban directamente vinculados a su ciencia, una brillante puesta en práctica:

Los resultados de nuestra ciencia anteriormente atrajeron mucha atención [...] en los círculos nacionales e internacionales. Sin embargo, siempre seguirá siendo el logro histórico e inmortal de Adolf Hitler y sus seguidores que se atrevieron a dar los primeros pasos pioneros y decisivos hacia un logro de higiene racial tan brillante en y para el pueblo alemán. Al hacerlo, fueron más allá de los límites del conocimiento puramente científico. Él y sus seguidores estaban interesados en poner en práctica las teorías y los avances de las concepciones raciales nórdicas... la lucha contra razas alienígenas parasitarias como los judíos y los gitanos... y previniendo la cría de aquellos con enfermedades hereditarias y aquellos portadores de un stock inferior (Rüdín, 1942, pp. 321-322).

El caso nazi no fue una anomalía de la época, señaló el desplazamiento coherente de la esterilización al exterminio. Antes de que el III Reich iniciase su programa de eutanasia, el Premio Nobel francés Alexis Carrel (1873-1944), proponía resolver el problema social de «deficientes», «criminales» y «locos», mediante «establecimientos de eutanasia, provistos de gas adecuado» (Carrel, 1935, p. 398).¹¹² En 1942, periodo de transición en el que Estados Unidos decidió entrar a la II Guerra Mundial, su revista más prestigiosa de psiquiatría, la *American Journal of Psychiatry*, dio cabida a un debate público sobre la eutanasia forzosa, iniciado por Foster Kennedy (1884–1952): dos de los

¹¹² En la Francia de Vichy se documentó un exterminio efectivo a través de la hambruna propiciada por la crisis de alimentos en los manicomios (Bueltzingsloewen, 1997, 2005).

participantes defendieron los asesinatos, uno se opuso y los tres coincidieron en la «necesidad» de esterilizar (Joseph, 2006, pp. 173-180).

La intervención de Kennedy dio cuenta del mortífero vínculo entre el saber y el poder que tratamos de subrayar. En el mismo discurso en el que defendió el exterminio de *mental-defectives/feeble-minded* (defectuosos o débiles mentales) exoneró, tanto de éste como de la esterilización forzosa, a individuos «esquizofrénicos» y «maniacodepresivos», blancos predilectos del programa de eutanasia nazi, pues, a diferencia de Kraepelin y Rüdín, Kennedy concebía las «psicosis» como curables y vinculadas hereditariamente a la genialidad, por lo que en caso de eliminar a estas personas las generaciones futuras solo producirían «mediocridades, capaces de empujar, pero no saltar; y es el salto lo que cuenta» (Foster Kennedy, 1942, p. 16).

El debate —que tuvo por objeto desplegar el derecho soberano de matar bajo criterio psiquiátrico—, se cerró con una nota editorial anónima que resumía la cuestión y planteaba el principal «problema psiquiátrico» al que se enfrentaba esta política asesina (aparte de la incómoda cuestión de la democracia y el previsto rechazo de las entidades religiosas). Dicho «problema» radicaba en decidir si las resistencias de las familias que parecían empeñadas en querer mantener a sus «defectuosos» con vida podían o no caracterizarse como «mórbidas» (Anonymous, 1942, p. 143). La editorial propuso como solución en tal caso, doblegar las resistencias de las familias aplicando «los principios de la higiene mental» para que aceptasen los asesinatos como una forma de liberar a sus miembros de «la carga de vivir», concluyendo que la «eutanasia» requeriría un proceso legislativo y que el procedimiento estaría disponible «en algún día distante» (Anonymous, 1942, p. 143).¹¹³

Tales hechos demuestran que contrariamente a lo que se suele historizar, el asesinato de personas condenadas al encierro manicomial —al que le siguió el intento de exterminar a pueblos enteros en la práctica nazi— podía haber encontrado amplio apoyo por parte de la más prestigiosa psiquiatría, incluso en estados democráticos (Joseph, 2006). También evidencian, que el poder soberano de matar —inscripto en la mecánica del funcionamiento del Estado Moderno— se estaba desplegando *desde* el ensamblaje entre la psiquiatría y la justicia, tanto en Estados Unidos como en Alemania.

Recordemos que precisamente fue en el tratado alemán de Binding y Hoche dónde Agamben, vislumbró «la primera articulación jurídica» entre el poder soberano de matar y la gestión biopolítica de la vida, que revela «la estructura biopolítica

¹¹³ Volveremos a este debate para analizarlo desde otra perspectiva en el Capítulo III que trata sobre la emergencia de la higiene mental y sus despliegues e innovaciones en el contexto estadounidense.

fundamental de la modernidad» esto es «la decisión sobre el valor (o sobre el disvalor) de la vida como tal» (Agamben, 2019, p. 173). Para Agamben, la biopolítica moderna se encuentra «en la encrucijada entre la decisión soberana sobre esa vida suprimible impunemente y la asunción del cuidado del cuerpo biológico de la nación», dónde el soberano es quien «decide sobre el valor o disvalor de la vida en cuanto tal» y la encrucijada representa «el punto en que la biopolítica se transforma necesariamente en tanatopolítica» (Agamben, 2019, p. 180). No obstante, Agamben no explicó, por qué fue específicamente *desde* el ensamblaje entre la psiquiatría y la justicia desde dónde se expresó por primera vez dicha «encrucijada», aunque si concluyó que el Nazismo:

señala el momento en que la integración de medicina y política, que es uno de los caracteres esenciales de la biopolítica moderna, comienza a sumir su forma acabada. Y esto implica que la decisión soberana sobre la nuda vida se desplaza, desde motivaciones y ámbitos estrictamente políticos, a un terreno más ambiguo, en el que el médico y el soberano, parecen intercambiar papeles (Agamben, 2019, p. 181).

El nodo articulador no fue la medicina en general, sino específicamente la psiquiatría. El análisis de Agamben (2019) adolece de haber excluido inicialmente la estructura jurídica del manicomio como «estado de excepción», para luego proponer una definición de «campo» que lo incluye y situar como punto de emergencia jurídico de la encrucijada entre poder soberano y biopolítica un panfleto que aboga por la matanza de las personas internadas en los manicomios. En su estudio, no aparece el degeneracionismo, tan solo la eugenesia. No obstante, su mismo aparataje conceptual aplicado a la reflexión del *poder psiquiátrico* nos permite iluminar esta cuestión.

Como vimos, el manicomio como «campo», es precisamente el núcleo constitutivo del *poder psiquiátrico* en tanto forma particular de articulación entre poder soberano y biopoder, que opera bajo un doble mandato paradójico, el de hacer morir políticamente *y* el de hacer vivir biológicamente (curar). Tal y como mostró Castel (1980), la función política *constituyente* de la psiquiatría fue legitimar la supresión de la norma jurídica y con ella, la desposesión de determinados cuerpos de su condición de *sujetos de derecho*. Cuerpos que fueron arrojados a una «vida nuda» en el interior de un nuevo espacio de concentración y encierro que progresivamente fue definiéndose como una nueva institución total de carácter «tutelar»: el Manicomio. Con la emergencia del degeneracionismo de Morel (1857) y seguidores, desde mediados del siglo XIX los cuerpos que habitaban el manicomio fueron crecientemente constituidos como «incurables» e «ineducables», en el mismo gesto que la psiquiatría desplazaba su «mandato curativo» al cuerpo–especie, y posteriormente en el régimen nazi al cuerpo–raza-nación del *Volk* respecto al cual los «incurables» constituían el enemigo, no sólo

por el peligro biológico y el disvalor que se les atribuía sino también, por la «carga» de cuidados que requerían sus existencias «de lastre». En esta trama no resulta sorprendente el hecho de que los primeros centros de exterminio masivo del nazismo fueran las instituciones psiquiátricas, sin apenas resistencia organizada de la psiquiatría y con su amplia colaboración (Friedlander, 1995; Lifton, 1986; Müller-Hill, 1998). El manicomio constituía ese espacio geográficamente delimitado dónde el estado de excepción constituía la regla (el manicomio como campo), en él estaban ya concentradas y apresadas personas reducidas a una nuda vida, mientras que el exterminio de la población no-aria (fundamentalmente judía y gitana) requirió primero un proceso legislativo de desposesión de la existencia política (desnacionalización), como paso previo a su encierro en los campos de concentración (Agamben, 2019; Arendt, 1999).

Las competencias psiquiátricas que legitiman la *muerte política y social* y deciden quién *vale* —y quien es desechado— del «pacto democrático» son independientes a la perspectiva sociógena, psicógena o biologicista que su «saber» adopte. No obstante, el primer determinismo biológico (degeneracionismo) que insertó los principios de incurabilidad, heredabilidad y peligro biológico, desplazó el mandato curativo de la psiquiatría —su hacer vivir o curar— al cuerpo-colectivo, para el cual los incurables eran enemigos, llevándola a la defensa u ejecución del asesinato: y con ello a la máxima expresión del poder de muerte que la caracteriza.

A modo de reflexión

De este análisis genealógico se desprenden dos líneas de trabajo relevantes e interconectadas. Por un lado, la discusión en torno al poder soberano de la psiquiatría en la que persistiremos, desde muy distintos ángulos, a lo largo de esta tesis. Por otro, este trabajo sugiere múltiples líneas de indagación orientadas a iluminar desplazamientos y continuidades entre el determinismo biológico psiquiátrico que desató el primer exterminio nazi y el que ha sido implantado en nuestro territorio global con el «modelo biomédico» en «salud mental»; cuya hegemonía responde al fructífero ensamblaje de la psiquiatría neokrapeliniana con el neoliberalismo en el mercado de la salud mental. Respecto a esta cuestión y para concluir, quisiera apuntar una hipótesis de trabajo relativa a un desplazamiento fundamental en el determinismo biológico en psiquiatría, intrínsecamente vinculado a la economía política.

El determinismo biológico en psiquiatría que nos es contemporáneo ya no propone erradicar y mucho menos «exterminar físicamente» a las «vidas desprovistas de valor»

productivo o reproductivo, esto es *no-empleables* en términos de eficiencia nacional.¹¹⁴ En nuestra contemporaneidad el *cuerpo (re)productivo de la Nación* —de la Especie y de la Raza—, al que se ensamblaron los postulados biologicistas de la herencia y la incurabilidad, ha implosionado en la preeminencia de una infinitud individualizada de *cuerpos de consumo*, que se inscriben en un territorio global. La lógica de la rentabilidad ha girado sobre sí misma, a medida que se impuso el posfordismo y la liberalización del capital. En la actualidad los «trastornos o enfermedades mentales» a los que la psiquiatría biomédica *da existencia*, tanto en sus versiones «leves» como «severas» no son algo que convenga eliminar de la faz de la tierra. Al contrario, con las farmacéuticas liderando la lista de beneficios globales, de lo que se trata ahora es de *producir* «enfermedades» y cronificarlas farmacológicamente, una práctica conocida como *disease mongering*, de ahí el crecimiento exponencial e ininterrumpido de los «trastornos mentales» (Heath, 2006; Moynihan y Henry, 2006; Payer, 1992; Tiefer, 2006).

Este parece ser el desplazamiento fundamental —de la erradicación a la producción sistemática— y el renovado efecto de muerte atenuada, muerte en vida, vida de la enfermedad, al que sirve la psiquiatría biomédica contemporánea en el mercado de la «salud mental». En este entramado, la herencia, la incurabilidad y el origen biológico de los «trastornos mentales» se traduce a eslóganes fácilmente asimilables. Entre ellos la genética y el desequilibrio neuroquímico que derivan en la inoculación de la «conciencia de enfermedad» y de la «adherencia al tratamiento farmacológico», preferiblemente de por vida. Una constelación en la que la condena a una muerte social y subjetiva hace simbiosis con la maximización de los años de consumo de un cuerpo producido como «enfermo» y «defectuoso» al que no conviene ni curar, ni matar, ni dejar morir.

La constatada carencia de evidencia científica convincente respecto al supuesto origen biológico, incurable o heredable de los «trastornos o enfermedades mentales» que abarca todos los «biomarcadores» explorados, ya sean estos genes, desequilibrios neuroquímicos u otras supuestas aberraciones cerebrales, no es un problema desde la lógica del márketing (Joseph, 2006; Meana y Mollinedo-Gajate, 2017; Moncrieff, 2008). Las «causas biológicas» pueden seguir siendo pregonadas como verdades incuestionables en universidades, medios de comunicación, instituciones de salud... porque la reproducción de (neo)biologismo depende, más que de un régimen de

¹¹⁴ La cuestión de la «eficiencia nacional», la salud pública de la fabricación de una ciudadanía «apta», es abordada en el Capítulo V.

verificación científica de un dispositivo pseudocientífico y mediático de «producción de ignorancia» (Tuana, 2006).

En esta trama, la práctica de jerarquización de los individuos en el espacio de la mente, imprescindible para la (re)producción de un determinado tipo normativo de «lo humano» persiste biologizando las desigualdades sociales sobre la base del «cerebro», mientras deviene un fructífero negocio. Tanto la constitución generizada de los diagnósticos de «trastorno mental» (Pujal i Llombart, 2018) como las estadísticas que reflejan las «prácticas divisorias» derivadas de su aplicación —los determinantes sociales de la salud mental—, revelan una especie de ejercicio alquímico que transmuta la precarización y la exposición jerárquica y diferencialmente distribuida de los cuerpos a la violencia políticamente inducida, en desequilibrios neuroquímicos cerebrales, capaces de inducir el consumo masivo de drogas psicoactivas mientras neutralizan «lo político».

El asalto es ubicuo, porque la *anestesia*, la *individualización* y *(des)socialización*, se dirigen a cualquier fuente de sufrimiento, pero también se muestra especialmente incisivo con quienes resisten constituyendo los contornos del «tipo normal» de Morel y del «hombre superior» de Hitler. Figuras a las que parece haberseles sobrepuesto —desde la *competente* ontología de la rentabilidad— la del «empresario de sí». Mujeres, clases desposeídas, desahuciadas, desempleadas, criminalizadas, personas racializadas, con sexualidades e identidades no-binarias, ancianas, infantes, jóvenes, diversas funcionales y por supuesto, quienes desestabilizan los pilares de la razón y la capacidad mental, siguen llevándose la peor parte.

CAPÍTULO III

ESTADOS UNIDOS Y EL NACIMIENTO DE LA HIGIENE MENTAL

El objetivo de la medicina es peculiarmente el objetivo de hacerse innecesaria: de influir en la vida de tal modo, que lo que hoy es medicina se convierta en el mero sentido común de mañana.
Adolf Meyer

Las historiografías y genealogías que abordan la «salud mental» como un «objeto» o un «campo» específico de conocimiento y de intervención experta, sitúan su punto histórico de emergencia en el *Mental Hygiene Movement* (MHM: Movimiento de Higiene Mental), surgido en la primera década del siglo XX en Estados Unidos, y más particularmente, en vinculación a la autobiografía y esfuerzos de un hombre psiquiatrizado, Clifford Whittingham Beers (1876-1943) (Agüero de Trenquallye, 2017; Bertolote, 2008; Campos y Novella, 2017; Françoise Castel et al., 1979; Dowbiggin, 2011; Grob, 1983, 1991a; Gutiérrez Avedaño, 2021; Lovell et al., 2019; Mojica Perilla y Cadena Afanador, 2014; Okpaku y Biswas, 2014; Thomson, 1995).

Sin duda, *A Mind that Found Itself* (Beers, 1908), actuó como vórtice de constitución y como punta de lanzamiento, propaganda y difusión del movimiento de higiene mental, tanto en Estados Unidos como en el plano internacional. En 1921, la autobiografía de Beers ya iba por la quinta de las ocho ediciones que habrían de hacerse antes de su muerte. Su libro fue traducido —al menos— al francés, al polaco, al sueco, al español, al italiano, al alemán y al portugués, y llegó a circular una versión en braille (Dain, 1980; Winters, 1969). En 1930, el *First International Congress on Mental Hygiene*, que se celebró en Washington bajo la dirección de Beers, llegó a incluir participantes de 41 países, no sólo del contexto anglosajón y europeo, sino también de América Latina —entre ellos Venezuela, Brasil, Costa Rica, Cuba, La República Dominicana y Uruguay— además de la Unión Soviética, la India, Japón, Siam y la Unión Sudafricana (Garton, 1994; Gutiérrez Avedaño, 2021; Thomson, 1995).

Tras el Holocausto, y con la reconstrucción que siguió a la II Guerra Mundial, la higiene mental empezó a consolidarse internacionalmente en la «salud mental» que

conocemos, principalmente a través del proceso constituyente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de las políticas que ésta impulsó, una cuestión de la que nos ocuparemos más adelante (Bertolote, 2008; Brody, 1998, 2004b, 2004a; Lopera-Echavarría, 2015; Lovell et al., 2019). Interesantemente, como veremos en próximos capítulos, fue el texto constitucional de la OMS, y no el de la DUDH, el que inauguró, contra todo antecedente histórico y en virtud de la participación del psiquiatra e higienista mental Brock Chisholm, el «derecho humano a la salud», que adquirió carácter vinculante con la entrada en vigor del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de UN en enero del 1976 (PIDESC, 1966), y en tanto «disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» (art. 12) (Chirwa, 2003; Learly, 1994; Riedel, 2009; Tobin, 2012; Toebes, 1999).¹¹⁵

La autobiografía de Beers es contemporánea a *Zur Entartungsfrage* (1908) de Emil Kraepelin, un texto que analizamos en el capítulo anterior. Esta sincronía, nos permite situar, en el marco de esta tesis, dos despliegues «higiénicos» acontecidos en paralelo que operaron sobre un mismo objeto biopolítico: esa porción de «la salud» centrada en la dimensión mental del binarismo cartesiano, que es objeto de la psiquiatría. Así, si en capítulos anteriores abordamos la *Rassenhygiene* como un tipo de eugenesia surgida en territorio alemán en los próximos capítulos abordaremos la *mental hygiene*, surgida en el espacio estadounidense, para ocuparnos de su contexto de surgimiento y derivas, antes de entrar a analizar cómo se configura la salud mental en el espacio constituyente de la OMS.

Aunque se trata de dos movimientos diferenciados, es preciso hacer notar que, tanto la *Rassenhygiene* como la *mental hygiene* se elevaron sobre el ideal de «prevención» y producción de un cuerpo nacional o racial sano, apto y capaz. Éste es el vínculo que ambas establecen con la eugenesia galtoniana, en tanto forma de continuidad-innovación, con respecto a las políticas degeneracionistas de defensa social que emergieron en la Francia de mediados del siglo XIX. De hecho, estas tres corrientes preventivas —higiene racial, eugenesia e higiene mental— entre las cuales existen diferencias y comunalidades territorializadas, fueron financiadas por la *Rockefeller*

¹¹⁵ A día de hoy, 171 de los 193 Estados Miembros de la ONU han ratificado el Pacto —de los cuales 46 han firmado el Protocolo Facultativo—, 4 lo han firmado, y 22 no han emprendido acción alguna. Véase <https://indicators.ohchr.org/>

Foundation, esa organización filantrópica estadounidense que se atribuye a sí misma la constitución histórica del «moderno campo de la salud pública».¹¹⁶

El hecho de que un hombre psiquiatrizado sea reconocido como el fundador del movimiento que dio lugar a la «salud mental» contribuye a alimentar el mito de unos orígenes humanitarios, progresistas y luminosos, que muy a menudo eluden dar cuenta de la complicidad e (inter)penetrancia de la «higiene mental» con la racionalidad eugenésica, cuya defensa abierta quedó políticamente desacreditada tras el exterminio del Tercer Reich.¹¹⁷ Sin embargo, debe reconocerse que la «causa» humanitaria que Beers —como hombre psiquiatrizado— buscó inicialmente defender, sufrió un profundo desplazamiento en el proceso mismo de escritura y publicación de su autobiografía. En el núcleo de este desplazamiento, intervinieron diversos fenómenos, entre ellos, el interés estratégico de Beers por incluir el punto de vista experto y buscar a sus aliados en el campo médico-psiquiátrico estadounidense para legitimar su proyecto reformista y otorgar valor de verdad a su palabra de loco (Dain, 1980; Rupke Richardson, 1987).

En este contexto Beers se topó con Adolf Meyer (1866-1950), que estaba liderando la «reforma científica» de la psiquiatría estadounidense, y acabó por consolidarse como el psiquiatra más influyente de Estados Unidos en la primera mitad del siglo XX, aquel que le infundió el enfoque pragmático, instrumental y ecléctico que la caracteriza (Grob, 1983; Lamb, 2014; Lidz, 1966). La influencia de Meyer en el desplazamiento del proyecto reformista que proponía Beers, y en la constitución histórica y posteriores despliegues de la «higiene mental» fue determinante. Meyer no sólo propuso el término y estableció la racionalidad preventiva de la higiene mental y los valores de ajuste, felicidad y éxito, que esta promulgaría, sino que también se benefició profesionalmente del encuentro con Beers, el cual influyó en su nombramiento como director de la *Henry Phipps Psychiatric Clinic* del Hospital John Hopkins: una institución de élite, terapéutica, educativa y de investigación académica, desde la cual formaría a las tres generaciones venideras de psiquiatras más influyentes (Dain, 1980; Grob, 1983; Rupke Richardson, 1987; Winters, 1969).

¹¹⁶ Véase: <https://www.rockefellerfoundation.org/about-us/our-history/> . Una resumen sintético sobre el financiamiento de *Rockefeller* al movimiento de higiene racial y al de higiene mental, que quedaron inter-penetrados en el plano internacional principalmente a través de Ernest Rüdin, puede encontrarse en Mathew Thomson (1995) y en Paul Weindling (1988). Respecto al financiamiento por parte de *Rockefeller* de organizaciones estadounidenses estrictamente eugenésicas, como la *American Eugenics Society* fundada en 1923, véase Daniel J. Kevles (1986).

¹¹⁷ La omisión, en relatos históricos del vínculo entre higiene mental y eugenesia, es patente especialmente en las investigaciones más recientes (Bertolote, 2008; Brody, 2004a, 2004b; Lopera-Echavarría, 2015; Lovell et al., 2019; Mojica Perilla y Cadena Afanador, 2014; Okpaku y Biswas, 2014).

En este capítulo propongo abordar el punto histórico de surgimiento de la higiene mental, considerándolo como el núcleo constitutivo de la racionalidad que subyace a la salud mental. Me centraré en analizar el proceso de psiquiatrización que llevó a Beers a escribir su autobiografía, y el desplazamiento que se produjo en su proyecto reformista tras el encuentro con Meyer. Abordaré también, los efectos de este desplazamiento en lo que respecta al desarrollo de la línea negativa de *poder de muerte* que abrazó la higiene mental en el entorno manicomial, en conexión con el éxito en la reforma científica de la psiquiatría que propugnaba Meyer. Así mismo, analizaré el despliegue de tres líneas de acción imbricadas —y aunque parcialmente sobrepuestas— consecutivas de la higiene mental: la cruzada eugenésica contra el «defecto mental» y sus desvíos; el lanzamiento del *Child Guidance Movement* como nuevo paradigma de producción de lo humano y, en torno al mismo, el surgimiento de la «interdisciplinariedad» en las ciencias sociales y humanas tecnocráticas como punta de lanzamiento de un proyecto de «ingeniería humana» que irá adquiriendo diversas formulaciones.

Clifford Beers y Adolf Meyer: de la crítica manicomial a la constitución histórica de la «higiene mental»

Entre Beers y Kraepelin: tortura vs. tratamiento

En el apartado anterior me referí a la sincronía temporal entre la publicación de la autobiografía de Beers y el texto *Zur Entartungsfrage*, de Kraepelin, con el único fin de enmarcar dos despliegues que abordo en paralelo en este trabajo; la *Rassenhygiene* y la *mental hygiene*. Cabe ahora salvar el abismo que vinculó en la distancia a estos dos hombres a través de las posiciones asimétricas que ocuparon en el dispositivo psiquiátrico, y visibilizar como este entramado de relaciones de poder y de saber, tenía la capacidad de trascender, en sus efectos de dominación, fronteras territoriales. Kraepelin, destacó como padre de la psiquiatría científica, e inventó la taxonomía diagnóstica más influyente de su época —aquella de la cual proceden, en términos genealógicos, las taxonomías diagnósticas contemporáneas—. El valor de verdad que ostentaba su palabra y el efecto de poder y dominación sobre las vidas desposeídas de existencia política que habitaban entornos manicomiales tenía una audiencia internacional. Beers, en tanto loco y desposeído de la palabra verdadera, en tanto «paciente» y diana de intervención psiquiátrica, fue objeto de encuadre en la taxonomía Kraepeliniana. Éste es, sin duda, el vínculo que los une en la distancia.

Beers fue diagnosticado de «locura maniicodepresiva», una categoría introducida por Kraepelin en la VI edición de su influyente manual *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Psiquiatría: un libro de texto para estudiantes y médicos), que fue publicado en alemán en 1899. La primera traducción parcial al inglés apareció en 1902, y fue realizada por Allen Ross Defendorf (1871-1943),¹¹⁸ un médico y patólogo de la Universidad de Yale, que había coincidido con Beers en el *Connecticut Hospital for the Insane* (Dain, 1980; Trede et al., 2005). El impulso que llevó a Beers a escribir su autobiografía, y trazar su programa político humanitario, nació de su rol de «paciente» y estuvo atravesado por el «tratamiento» que recibió bajo esta categoría diagnóstica.

La trayectoria de Beers como psiquiatrizado empezó en el 1900, cuando, tras graduarse en la *Sheffield Scientific School* de la Universidad de Yale en 1897 y trabajar como secretario para una oficina recaudadora de impuestos, y para una compañía de seguros de vida, intentó «escapar de la muerte» lanzándose por una ventana de la casa familiar (Beers, 1908, p. 50).¹¹⁹ La muerte que Beers temía y quiso adelantar, era la que había visto crecer en su hermano mayor, quien había fallecido en julio del 1900, según los médicos de un «trastorno convulsivo causado por un tumor cerebral», tras siete años de tormentosos ataques en los cuales había sido diagnosticado de epilepsia. El joven Beers —por entonces estudiante universitario— había sido su principal cuidador y compañero. Fue precisamente el estigma asociado a la «locura epiléptica» (*epileptic insanity*), por entonces considerada como principalmente hereditaria y vinculada al imaginario de la degeneración, lo que empezó a desatar temores en Beers.¹²⁰ «Aunque sus ataques durante el primer año ocurrieron solo por la noche, fue el temor de que pudieran ocurrir durante el día, en público, lo que afectó a mis nervios desde el principio» (Beers, 1908, p. 9). En los sucesivos, Beers vivió atormentado pensando que estaba «condenado a lo que entonces consideraba una muerte en vida», esto es, la misma condición epiléptica que pensaba que padecía su hermano (Beers, 1908, p. 9; Dain, 1989). Tras su intento de «escapar» a este destino, Beers fue internado en dos manicomios privados y uno público (*Asylums o State Hospitals for the Insane*) situados en Connecticut, durante el periodo de 1900 a 1903 (Dain, 1980).

El impulso que lo llevo a escribir su autobiografía arraiga en la violencia de la que fue objeto durante los internamientos. En su condición de «paciente psiquiátrico» Beers

¹¹⁸ Su apellido aparece en ocasiones nombrado como Diefendorf (Allen Ross), no obstante en el original que he consultado del 1902 es nombrado como Defendorf.

¹¹⁹ Véase («Clifford Whittingham Beers». Obituary Record of Graduates of Yale University Deceased During the Year Ending July 1», 1944; Dain, 1980).

¹²⁰ Sobre la etiología asignada en la época a la «locura epiléptica» (*epileptic insanity*) y su vínculo con la degeneración véase (Defendorf y Kraepelin, 1902; Kraepelin, 2007).

había experimentado entre otras formas de violencia: el encierro prolongado en la «celda acolchada» (*padded cell*); la reducción a la impotencia total mediante la «camisa de fuerza» (*straight jacket*), que lo tuvo inmovilizado durante más de veinte días; la administración forzosa de «medicinas» (narcóticos o sedativos) vía nasal y, cuando el sangrado lo impedía, mediante un dispositivo directo al estómago; golpes y formas de estrangulamiento según él mismo «cuando estaba turbado y no obedecía inmediatamente»; a las que cabe añadir, la exposición al hambre y al frío que lo hicieron verse «casi forzado a morir» mientras estuvo aislado «sin ropa ni zapatos, en celdas frías, desnudas y mal ventiladas dónde, según Beers los “maníacos” eran encarcelados y se permitía despotricar y delirar al “contenido del corazón” (Dain, 1980, p. 39).

Este tipo de «tratamientos» forzosos, eran experimentados por Beers, al igual que por muchas de las personas psiquiatrizadas en nuestro mundo contemporáneo, como «torturas», lo cual deja entrever el fracaso y la mutación de la que fue objeto su empresa inicial. Esta equivalencia entre tratamiento y tortura, este umbral de indistinción entre cuidado y violencia aparece explícita y recurrentemente en la primera edición de su autobiografía, a pesar de que antes de publicarla Beers decidiera incorporar el punto de vista médico.

Me sometieron a una forma detestable de contención que equivalía a tortura. Para protegerme de mí mismo [...], mis manos estaban aprisionadas en lo que se conoce como un “manguito”. Un “manguito”, lo suficientemente inocente a los ojos de aquellos que nunca han usado uno, es en realidad una reliquia de la Inquisición (Beers, 1908, p. 42).

Según Norman Dain (1980, p. 34), estos «tratamientos» que Beers experimentaba como formas de tortura «podrían haber sido la aplicación de la última enseñanza sobre el manejo médico de pacientes muy excitados». La última enseñanza provenía de Kraepelin. En última instancia, y de modo aún algo torpe, los «tratamientos» que recibió Beers tendían a traducir el trato prescrito para el diagnóstico de «locura maniacodepresiva» (*manic-depressive insanity*), que habían acabado por asignarle en el *Connecticut Hospital for the Insane*, dónde pasó su tercer internamiento.

En la traducción y adaptación al inglés que Defendorf hizo de la obra de Kraepelin, la «locura maniacodepresiva», precursora del diagnóstico contemporáneo de «trastorno bipolar», identificaba un «trastorno mental» caracterizado por «ataques maniacos», «depresivos» o «mixtos» recurrentes, que eran concebidos como fundamentalmente

«independientes de causas externas» (Defendorf y Kraepelin, 1902, p. 283).¹²¹ Esta hipótesis endógena, contrastaba con el «*insight*», de las personas así diagnosticadas, que en su mayoría eran mujeres: generalmente los y las «pacientes aprecian que han experimentado un cambio, [pero] lo atribuyen a la desgracia y al abuso más que a una enfermedad mental» (Defendorf y Kraepelin, 1902, p. 286).

El elemento estrella del «tratamiento» para la locura maniácodepresiva en las fases maníacas debía atajar «la actividad desenfrenada» en la medida en que ésta «tiende a aumentar la excitación». Para «limitar tanto como sea posible la presión de la actividad» psíquica y motriz, debían emplearse diversas «medidas de contención (*restraint*)». Entre éstas se proponían explícitamente, junto a la necesidad del «internamiento hospitalario», el «confinamiento en cama», la administración de drogas de diverso tipo y los «baños prolongados tibios» (Defendorf y Kraepelin, 1902, p. 313). Otras formas de restricción de la actividad, como la que se conseguía con la camisa de fuerza, o con los manguitos, quedaban implícitas. Sólo cuando la «excitación decrece», propone Kraepelin y Defendorf (1902, p. 313), puede ser valioso combinar «el baño prolongado [...] con la liberación ocasional de toda contención (*restraint*)».

Además el «paciente» debía ser sometido a un aislamiento completo, en el que todas las fuentes de «perturbación emocional» fueran atajadas y prohibidas, como «las visitas de familiares, largas conversaciones, cartas, etc.» (Defendorf y Kraepelin, 1902, p. 314). También debía aplicarse en «caso necesario» el «control de la nutrición» mediante «la alimentación artificial, por sonda estomacal o nasal» (Defendorf y Kraepelin, 1902, p. 314). Por otro lado, el manual Kraepeliniano advierte de que los y las internas con este diagnóstico, si bien, tienden a quejarse de ser objeto de «abusos y desgracias», «los intentos por [consolarles...] en el apogeo de la enfermedad parecen inútiles» (p. 314). Esto, junto con la «importunidad e impaciencia [que estas personas muestran] por ser puestas en libertad», especialmente en las fases maníacas, dificulta la decisión sobre «el alta». En consecuencia, una medida objetiva, la recuperación del «peso normal» —de la

¹²¹ El diagnóstico de locura maniácodepresiva reunía los anteriores de: manía recuperable, manía simple, melancolía simple, manía periódica, melancolía periódica y locura circular. Los «estados maníacos» eran caracterizados por la «excitación psicomotora, fuga de ideas con asociaciones sonoras, gran distracción, presión de la actividad, actitud emocional feliz aunque inestable, delirios inestables, algunas alucinaciones y, comparativamente, poco enturbiamiento de la conciencia» y lo «depresivos» por el «retraso psicomotor, ausencia de actividad espontánea, escasez de ideas, actitud emocional abatida, delirios y alucinaciones prominentes y, por lo general, confusión de la conciencia. Las formas mixtas presentan una combinación de los síntomas característicos de cada una de estas condiciones» (Defendorf y Kraepelin, 1902, pp. 282-283). Cabe mencionar que, para Kraepelin, las «causas externas» no identificaban factores psicosociales o traumas —como ya apuntaba el psicoanálisis—. Él tomaba como punto de partida el modelo de las enfermedades infecciosas, por lo que solían reducirse a «toxinas» que afectaban al cerebro, entre ellas el alcohol o la sífilis, dos de los grandes frentes de la lucha profiláctica Kraepeliniana (Caponi y Martínez-Hernández, 2013).

mano de la alimentación forzosa— es el mejor indicador para determinar el alta (Defendorf y Kraepelin, 1902, p. 314).

La «locura maniacodepresiva», es habitualmente considerada en las historiografías contemporáneas, como el invento Kraepeliniano que identificaba la psicosis «curable», por contraposición a la «incurable», esto es, a la «demencia precoz» o «esquizofrenia» (Lamb, 2014; Novella y Huertas, 2010). Sin embargo, lo que encapsula el *pronóstico* —ese objeto privilegiado por Kraepelin, capaz de profetizar el «curso de la enfermedad» y, por ende, de establecer a priori la condena de incurabilidad—, no es la curación, sino la «desfavorable» predicción de «recurrencia frecuente de ataques a intervalos cortos» durante toda la vida de la persona (Defendorf y Kraepelin, 1902, p. 310).

La causa, o etiología «más prominente» asignada a la locura maniaco-depresiva era la «dotación hereditaria defectuosa [...] en un porcentaje mayor que en otras enfermedades mentales, excepto en la imbecilidad y la idiotez» (Defendorf y Kraepelin, 1902, p. 283). Por ello el postratamiento incluía como estrategia eugenésica el deber de aconsejar a estas personas «contra el matrimonio y, si están casadas, contra la procreación de más hijos» (Defendorf y Kraepelin, 1902, p. 312). En consecuencia, la «locura maniacodepresiva», acabó por figurar en la lista de condiciones médicas que identificaban a sujetos que por su «enfermedad hereditaria incurable», fueron esterilizados, y posteriormente exterminados, bajo el Programa de Eutanasia forzosa *Aktion-T4* del Tercer Reich. A este mortífero «tratamiento especial», como solían llamar los nazis a la indicación de asesinar —dado el punto de surgimiento médico-psiquiátrico de su práctica exterminadora—, Beers hubiese sido destinado, en caso de residir en la cuna de la psiquiatría científica mundial, Alemania, a sus sesenta y tres años. No obstante, Beers residía en Estados Unidos, y fue llamado a instituir un proyecto de reforma de las instituciones manicomiales, orientado a acabar con la tortura, la violencia y el abuso físico.



Ilustración 10. Asylum Care vs. Hospital Treatment of excited patients
«Cuidado Manicomial vs. Tratamiento Hospitalario de pacientes excitados»

Ilustración especialmente elocuente que compara los métodos de contención mecánica «manicomiales» con los más modernos y «hospitalarios». En la primera imagen se ven «Enfermeras ilustrando el uso de aparatos de contención (Abandonados en todos los hospitales ilustrados)» como las camisas de fuerza o los manguitos. En la segunda imagen se muestra a un «Paciente en baño continuo de agua tibia (a menudo utilizado de forma continua durante días o semanas)» que aparece amarrado a la bañera con correas, considerado como un método de manejo de pacientes excitados «más humano». Dicho método fue propuesto en la traducción que Defendorf hizo del manual de Kraepelin en 1902. Esta ilustración comparativa es parte de la propaganda en pro de la «humanización» de los cuidados que el movimiento de higiene mental realizó en su primera exposición pública durante el Congreso internacional de Higiene y Demografía celebrado en Washington en otoño del 1912. Imagen de dominio público, contenida en el *Hand Book of the Mental Hygiene Movement and Exhibit*, publicado por el NCMH en 1913. Imagen de dominio público, sin restricciones de copyright conocidas.

Don Quijote, la llamada divina y las ambivalencias de un psiquiatrizado

Una interpelación ética, que nacía de su posición subordinada como «paciente» y como «loco», junto a su placer por la escritura, llevó a Beers a tomar por arma de ataque y defensa la pluma. Según el propio Beers, que había incorporado el lenguaje psiquiátrico para dar cuenta de sus experiencias, la interpelación llegó, mientras estaba todavía internado. Cuando, tras una «fase depresiva» de catorce meses, que lo mantuvo en un «silencio profundo e inexorable», hizo aparición «ese estado anormal que los psiquiatras conocen como “euforia”», dando paso al «júbilo», la «locuacidad» y las «gratas impresiones», pues «aunque se basen en la fantasía, los placeres de la locura son reales» (Beers, 1908, p. 84).

En este estado de florecimiento, que Beers también concibió como la restauración de su razón, empezaron a tomar forma sus «proyectos humanitarios», y se consolidaron cuando al asistir a la iglesia recibió el salmo 45 como «un mensaje directo del cielo [...] pensé, “he sido elegido como el instrumento con el que se efectuarán grandes reformas” [...] Eso significó para mí una fama inmortal, pero sólo con la condición de que llevara a cabo con éxito la misión de reforma, una obligación que Dios me impuso cuando restauró mi razón» (Beers, 1908, p. 86). La promesa de «fama inmortal» que habría de condecorar el cumplimiento del mandato divino de reforma, fue ampliamente realizada por Beers en su autobiografía, en un fragmento que nos permite entrever también, el miedo –y las precauciones que decidió tomar– para evitar que sus planes reformistas adquiriesen un carácter «quijotesco», y fuesen desacreditados por el estigma de la locura.

cuando emprendí la carrera de la reforma, me impulsaron a ello motivos en parte semejantes a los que parecen haber poseído a Don Quijote cuando, loco como estaba, se propuso, como dice Cervantes, “enderezar todo género de agravios, y exponerse a peligros y peripecias, de las cuales al fin obtendría fama y renombre eternos” [...] Al compararme con el héroe loco de Cervantes, mi propósito es muy distinto al de incluirme en el círculo encantado de los caballerosos. Lo que quiero hacer es dejar en claro que una persona anormalmente eufórica puede dejarse influir irresistiblemente por sus mejores instintos, y que mientras está bajo el hechizo de una exaltación, idealista en grado, puede no sólo estar dispuesta, sino ansiosa por asumir riesgos y soportar dificultades que en condiciones normales asumiría de mala gana, en todo caso. Sin embargo, para ser justo conmigo mismo y no perjudicar a “la causa”, me siento privilegiado al señalar que mis planes de reforma nunca han adquirido proporciones quijotescas y, por tanto, irrealizables. En ningún momento he luchado contra los molinos de viento. Una pluma más que una lanza ha sido mi arma de ataque y defensa; pues con su punta me he sentido seguro de que algún día incitaría en la conciencia cívica una actividad compasiva, y así traería a un campo descuidado a hombres y mujeres fervientes [*earnest*] que deberían actuar como defensores de esos miles de afligidos menos capaces de luchar por sí mismos (Beers, 1908, p. 88).

Cuando los planes se asentaron más y Beers empezó a escribir su autobiografía en 1905, ésta proyectaba catalizar una organización «lega» (*lay organization*), para educar al público general, a las familias y amistades de las personas consideradas locas (*insane*), capaz de forzar a médicos y psiquiatras a erradicar las prácticas institucionales brutales, los ejercicios más patentes de violencia (Dain, 1980; Rupke Richardson, 1987). En los primeros borradores la mejora reformista que preveía Beers incluía, además de la expansión de las instituciones psiquiátricas, el tratamiento individualizado adaptado a las necesidades de los pacientes, con puertas abiertas y libertad de movimientos dentro de las instituciones, la comunicación no restringida con el exterior, una mayor capacitación médica del personal, la inclusión de actividades que ocuparan a los pacientes y, ante todo, las políticas de no-contención mecánica (Dain, 1980, p. 68).

La posición de Beers respecto a la contención mecánica era contundente: el «uso» y el «abuso» son indistinguibles, por lo tanto «estos instrumentos de tortura» deben ser abolidos.¹²² La defensa «universal» de la No-contención, cuya realización todavía está por concretar en nuestro mundo contemporáneo, es precisamente lo que Beers (1908, pp. 317–318), escogió para construir íntegramente la «conclusión» de la primera edición de su autobiografía, que había nacido con el ferviente ímpetu de luchar por «el principal problema» en el cuidado de las personas locas; esto es «la eliminación del abuso físico» (Beers, 1908, p. 228).¹²³

¡El campo está ante nosotros! La desgracia de los hechos (de los cuales he relatado sólo algunos) todavía claman al Cielo. Aunque los días de las mazmorras, las esposas, los grilletes, las cuerdas, las correas y las cadenas han pasado, en general, debe tenerse en cuenta que nuestros grandes hospitales, con sus hermosos terrenos, son con demasiada frecuencia meras capas con las que un pozo —la civilización intencionada pero ciega— todavía cubre una desnudez espantosa. Este manto cruel y engañoso debe ser desgarrado. Que estos misterios se conviertan en Verdad y Equidad abiertas. No sorprende que el público haya sido engañado durante mucho tiempo por las apariencias. Porque, incluso yo, al caminar casualmente por las salas de tal hospital, me resulta casi imposible darme

¹²² «Apenas vale la pena distinguir entre “uso” y “abuso”, porque es un hecho que donde se permite el uso de la contención mecánica, el abuso está destinado a seguir [...] Yo, si pudiera, daría el golpe final que expulsaría estos instrumentos de tortura de todos los hospitales para personas locas [*insane*]» (Beers, 1908, pp. 105-106). Beers, pudo apoyar su postura en la legitimidad que aportaba el discurso de algunos psiquiatras de su época, a los que entregó su borrador de autobiografía tempranamente. Especialmente en al Dr. Charles W. Page, Superintendente del *Danvers State Hospital for the Insane*, situado en Hathorne (Massachusetts), al cual cita en la autobiografía, e incluye en los apéndices (Beers, 1908, p. 207). A lo largo del libro Beers también, apoya su postura en la existencia de centros psiquiátricos en lo que no se usaba la contención mecánica.

¹²³ Para este trabajo he contrastado la primera y la quinta edición de las autobiografías de Beers. Esta conclusión está significativamente ausente en la quinta edición. En ella, el apartado conclusivo es destinado a las promesas propagandísticas del movimiento de higiene mental que, obedeciendo a una «dirección científica sólida y experimentada» promete, entre otros, «promover el rescate y el uso provechoso de mucho material humano defectuoso» (Beers, 1921, p. 432). Este objetivo rehabilitador hace referencia a la cruzada contra los y las defectuosas mentales, que abordaremos en el próximo capítulo.

cuenta de que muchos de los internos están sujetos a abusos [...] Incluso yo, que he sufrido las torturas más exquisitas con los “manguitos” y las camisas de fuerza, en mis varias visitas de inspección a los hospitales estatales, he mirado a un paciente atado con un sentimiento más parecido a la curiosidad que a la simpatía. Estos instrumentos de contención parecen tan inocentes cuando uno ve a una víctima durante los pocos momentos que tarda en pasar junto a ella, que no es de extrañar que un apologista de la “contención” de lengua simplista pueda convencer fácilmente a uno de que tener al paciente atado es, de hecho, mejor. Sin embargo, no es mejor así. Los pocos segundos que el observador lo contempla no son más que una fracción infinitesimal de las largas horas, días o semanas, que debe soportar el abrazo de lo que pronto se convierte en un motor de tortura. Sólo hay un remedio para los males que acompañan a la contención mecánica de los dementes. Abandonar de una vez y para siempre el principio vicioso y crudo que hace posible su uso. La pregunta es: ¿ayudará el lector a lograr mejores condiciones? Si es así, que tome su posición como defensor de la No Contención. [...] Durante veinte siglos el grito de las personas locas ha sido y es hoy: “¡No me atormentéis! ¡No me atormentéis!”.

No obstante, la crítica reformista de Beers tenía límites claros y en diversos aspectos, no carentes de ambivalencia y contradicción, nació alineada con el discurso progresista y humanitario del saber científico-psiquiátrico reformista de la época.¹²⁴ Como ya mostró Thomas Szasz (1970/2001, pp. 213–216), Beers no ponía en cuestión la categoría de la «enfermedad mental» —con la que él mismo se identificaba e interpretaba su experiencia—, ni tampoco la estrategia de segregación y encierro manicomial involuntario a la que, sin embargo, le tenía temor (Dain, 1980, p. 62). Una de las constantes en las propuestas reformistas de Beers, que encontramos desde el comienzo de la escritura de su autobiografía, es que pensaba que la locura debía ser encerrada para su «tratamiento», lo cual lo llevó a abogar *ad infinitum* por la creación de clínicas psiquiátricas, así como por la expansión del internamiento voluntario (Beers, 1908, 1921; Dain, 1980).¹²⁵ En consecuencia, el proyecto de libro de Beers buscó inicialmente impulsar un movimiento de reforma orientado a «humanizar» el trato en las instituciones no a eliminarlas, a abolir las formas de violencia más brutales, no a erradicar el encierro y la desigualdad legal que las hace posibles.¹²⁶

¹²⁴ La ambivalencia ha sido claramente captada por Norma Dain (1980, pp. 61–68), el biógrafo de Beers. Véase el capítulo *Writing the Autobiography* donde abordó las primeras fases de escritura del libro.

¹²⁵ La crítica de Szasz, aunque importante y pertinente, a mi parecer simplifica el discurso de Beers al eludir dar cuenta de las tensiones y ambivalencias que lo atraviesan, y centrarse en la edición retocada que publicó en 1921. Sin embargo es evidente que Beers (1921, p. 281), nunca se planteó la abolición del encierro o del «internamiento involuntario», más bien, su concepción médico-científica de la enfermedad lo llevó a defender la expansión de las instituciones psiquiátricas *ad infinitum*, bajo un modelo segregacionista del contagio: «Por supuesto, un hombre loco es un hombre loco y mientras esté loco debe ser internado en una institución para recibir tratamiento, pero cuando ese hombre sale debe estar tan libre de toda mancha como el hombre que se recupera de una enfermedad contagiosa y vuelve a ocupar su lugar en la sociedad».

¹²⁶ En la edición de 1937, Beers se refiere a éste primer ímpetu bajo la noción de «humanización del trato» (Bertolote, 2008, p. 113).

Las posturas ambivalentes de Beers, parecen deberse a su intento por abrazar dos posiciones contrapuestas. Por un lado, en el motor de su movilización, yace la experiencia «subjetiva» de la locura, y la violencia brutal de la que había sido objeto como psiquiatrizado, endémica en las instituciones manicomiales. Por el otro, en la búsqueda de soluciones sintonizó con el espíritu de la *Era Progresista* estadounidense, que se caracterizó, entre otros, por promover la resolución de los problemas sociales mediante formas de acción colectiva guiadas por la ciencia y la eficiencia económica.¹²⁷ Beers abrazó la «objetividad» del discurso psiquiátrico progresista de su época, que achacaba los problemas de los manicomios a las carencias «científicas» y de capacitación médica; a la falta de modernización de la psiquiatría estadounidense, en comparación con la Europea. Estas ambivalencias se expresaban ya en los borradores iniciales de la autobiografía, y se hicieron mucho más notorias en la versión publicada, cuando su texto ya había sido revisado por un ejército de expertos.¹²⁸

Por ejemplo, en sus borradores iniciales, Beers podía defender como solución al trato inhumano el desarrollo de la práctica psiquiátrica «científica» y del «entrenamiento cualificado» del personal mientras que por el otro, era capaz de afirmar que la solución al problema de la locura pasaba, no por la ciencia médica y sus técnicas, sino por la consideración y la empatía.¹²⁹ Además, como para algunos psiquiatras progresistas como Adolf Meyer, para Beers, la erradicación de los prejuicios, la vergüenza y el estigma asociados a la locura, debía pasar —en sus propias palabras— por abandonar la concepción religiosa que la situaba como un «pecado imperdonable», por una concepción que intensificase su medicalización, esto es, por convertirla en un objeto equiparable a la «enfermedad física» (citado en, Dain, 1980, p. 63).¹³⁰

En un borrador inicial Beers también señalaba que su libro «está dedicado a la humanidad en su propio beneficio, por alguien cuyo raro privilegio ha sido, y es, hablar en nombre de esos miles de seres humanos afligidos que son menos capaces de hablar por sí mismos» (citado en, Rupke Richardson, 1987, p. 109). El privilegio paternalista de hablar *por* —y no *con*— quienes son desprovistos de capacidad, compartido con la

¹²⁷ Véase David Kennedy (1975) para una revisión sumaria de la Era Progresista Estadounidense.

¹²⁸ Una selección de las cartas que le escribieron hombres y mujeres, entre ellos reconocidos científicos de la época en Norteamérica e Inglaterra, fueron exhibidas con orgullo por Beers (1921) en la quinta edición de su autobiografía, dónde explica la constitución del movimiento de higiene mental y su campo de trabajo hasta el momento.

¹²⁹ «...»el conocimiento de los hombres es más importante que el conocimiento de la medicina en el cuidado de los y las dementes [*the insane*], si los médicos “sustituyeran las drogas por el tacto... las estadísticas mostrarían un aumento inicial en el número de recuperaciones”» (citado en, Dain, 1980, p. 78).

¹³⁰ Véase, por ejemplo, el informe de Meyer al Gobernador de Illinois *Treatment of the Insane*, en la compilación de sus escritos realizada por Alfred Lief (1948, pp. 53–60).

comunidad psiquiátrica, será lo que acabe determinando el discurrir de su proyecto reformista. Este privilegio estaba vinculado a su insistente —y ambivalente— necesidad de demostrar que había superado la «locura», que hablaba desde y por encima de ella, con la credibilidad del sujeto cuerdo. ¿Cómo dar valor de verdad sino a su palabra pública, a su denuncia, en un mundo en el que la locura estaba desposeída de la Razón? El primer título que pensó en poner a su autobiografía, expresaba de un modo muy elocuente la necesidad que tenía Beers de identificarse con la cordura para legitimar su palabra verdadera: «Razón Triunfante» (*Reason Triumphant*) (Dain, 1980, p. 82).

Beers no escatimó esfuerzos para que su proyecto gozase del reconocimiento y legitimidad de la autoridad experta, en parte porque sabía que la credibilidad de su relato en tanto «loco» iba a ser cuestionada, pero también porque su «proyecto humanitario» era muy ambicioso y, en tanto hombre de negocios, quería asegurarse el financiamiento filantrópico, apuntando ya desde los inicios a la familia *Rockefeller* (Dain, 1980; Rupke Richardson, 1987). Durante la fase de escritura y reescritura de su autobiografía, Beers buscó asesoramiento en todo un ejército de científicos vinculados a los círculos médicos, entre ellos «alienistas, psicólogos, neurólogos, patólogos, funcionarios de hospitales, sociólogos prácticos y organizadores» (Beers, 1908, p. 291). No se dirigió a otras personas consideradas «locas».

De hecho, hasta cincuenta personas, que representan las actividades más importantes de la vida, han leído mi trabajo, en parte o en su totalidad, mientras estaba en forma manuscrita o en forma de prueba impresa; y un buen número de este pequeño ejército de críticos y asesores han encontrado tal deleite en usar el lápiz azul de corrección que ahora puedo presentar mi libro y proyecto con una sensación de seguridad que solo puede tener alguien cuyo trabajo ha sido probado a fuego —en privado (Beers, 1908, p. 292).

Las «correcciones» que en consecuencia sufrió el manuscrito de Beers, fueron incontables, si bien le daban la seguridad —en su aventura quijotesca— de no ser derrotado por los molinos de viento. Beers estaba enviando el manuscrito, entre otros, a los intendentes de las mismas instituciones que lo habían maltratado y torturado, aquéllas cuyos abusos y brutalidades denunciaba (Dain, 1980; Rupke Richardson, 1987). En el transcurso de este proceso en el que recibió duras críticas, su estrategia acabó por ser «inmunitaria», sólo incorporando el punto de vista experto, el ambicioso proyecto, mediante el cual soñaba incluso con involucrar al presidente Roosevelt de los Estados Unidos, quedaría a salvo de toda crítica, y además revestido de la legitimidad del saber científico, de la razón y la cordura (Dain, 1980, p. 78).

La contradicción y la ambivalencia, la paradoja, parecen avivarse a medida que Beers incorporó el saber médico-psiquiátrico en su autobiografía. La posición que ocupará «lo humano» respecto a la «locura» en la primera edición, alberga de un modo lúcido, las

posturas en tensión que Beers estaba tratando de reconciliar. En tanto psiquiatrizado Beers, no sólo defendió que la locura debía ser tratada con «humanidad», se apoyó también —ambivalentemente— en el saber que ésta otorgaba, defendiendo a las personas locas como «las oradoras más francas de la verdad»¹³¹, y se empeñó en demostrar que los locos y las locas no pierden su condición humana.¹³² Por el otro, en la medida en que la «locura» es una «enfermedad» que amenazaba a la sociedad y al individuo, cabía combatirla con todos los medios para «eventualmente derrotarla como [el] enemigo común de la humanidad» que es (Beers, 1908, p. 295). Si la locura forma parte de lo humano, si tiene valor de verdad, si debe ser tratada humanamente, entonces ¿cómo puede ser también la enemiga común de la humanidad? Si es la enemiga número uno de la humanidad, el trato que reciba no podrá ser sino el de la guerra. La «humanización», que Beers proponía continua siendo una estrategia reformista pregonada en nuestra actualidad, que en seguida revela sus límites.¹³³ Beers quiso acabar con el ejercicio de la tortura, la violencia y el abuso físico en los manicomios, pero nunca cuestionó el estado jurídico de excepción que reina, todavía hoy, en ese territorio-campo de concentración, el cual es, sin duda, la condición de posibilidad del ejercicio impune de la violencia y la deshumanización que allí acontecen (Agamben, 2019). Solo se puede humanizar algo que por definición ha sido «exceptuado de lo humano». Por ello, aquello que es objeto de «humanización» nunca podrá alcanzar el estatuto pleno de

¹³¹ «Me siento calificado para hablar. Aparte de los delirios (que no tienen nada que ver con la cuestión) no hay, estoy seguro, menos grado de verdad dicha entre un número dado de locos que entre un número similar de personas cuerdas seleccionadas indiscriminadamente. Los dementes, como clase, son los oradores más francos de la verdad que se pueden encontrar en cualquier parte, en ese sentido rivalizando con el proverbial niño. Libres de las convenciones restrictivas de la buena sociedad, si tienen una opinión que ofrecer, se deshacen de ella sin reservas. Y es esta misma libertad de expresión (aparte de los delirios) es la que, en mi opinión, pone la declaración de la persona demente promedio a la par con las declaraciones reservadas, interesadas en sí mismas y frecuentemente sesgadas del miembro cuerdo promedio de la sociedad. Argumento con un pensamiento en mente: que los internos de un asilo están, en general, tan bien calificados para decir la verdad sobre sus abusos como los habitantes del mundo cuerdo lo están para describir abusos en sus respectivas esferas de actividad» (Beers, 1908, p. 226).

¹³² «Siguen siendo humanos, aman y odian, y tienen sentido del humor. Los peores suelen responder a la bondad. En no pocos casos su gratitud es más viva que la de los hombres y mujeres normales» (Beers, 1908, p. 255).

¹³³ Existe una gran cantidad de bibliografía contemporánea, desde el campo de la psiquiatría, el trabajo social, la enfermería o la evaluación de las políticas públicas, etc. que propugna la «humanización» de los cuidados o de la atención en salud mental. Esta mantiene como pilar fundamental la necesidad de emplear el internamiento involuntario, y con ello las «medidas de contención» que Beers, inicialmente buscó, abolir. «Cuando una persona padece de una enfermedad mental, la humanización de la atención se vuelve más importante, ya que el propio trastorno impide que la persona participe en su proceso de salud [...] el paciente ingresado en la unidad de hospitalización de agudos psiquiátricos [...] puede requerir el uso de medidas restrictivas (ingresos involuntarios, sujeciones mecánicas o administración forzada de medicación)» (Sanz-Osorio et al., 2022, p. 1) Véase, también (Backes et al., 2007; Busch et al., 2019; Fraguas et al., 2021; Lima et al., 2021).

lo humano, en tanto forma de *existencia política*. La humanización, se constituye como un *proceso inacabado* que echa el ancla en la exceptuación deshumanizadora, siempre en tensión con la «barbarie» de lo inhumano.

La autobiografía de Beers, *A Mind that Found itself*, fue finalmente publicada el 16 de marzo del 1908, gracias al apoyo que logró obtener de reconocidos científicos de la época (Dain, 1980; Rupke Richardson, 1987; Winters, 1969). El primer apoyo destacado que consiguió provino del filósofo pragmatista y psicólogo William James (1842-1910), introductor de la psicología científica en Estados Unidos y desde 1907 profesor emérito de filosofía en la Universidad de Harvard. James, en palabras de Beers «el psicólogo más eminente de América», le prestó, entre otros, su reputación, permitiéndole iniciar la introducción a su libro con las halagadoras cartas que le había escrito tras leerlo. En la primera de ellas —del 1 de julio del 1906— desaconsejaba a Beers cualquier proyecto de reescritura: «hablas de reescribir. No lo hagas. Difícilmente puedes mejorar tu libro» (citado en, Beers, 1908, p. viii). Además, hasta su muerte en 1910, James se convirtió para Beers en un amigo y confidente, alguien que ejercería un rol mediador y de defensa en los conflictos que tuvo con su otro padrino más destacado, Adolf Meyer, cuya influencia en el desplazamiento del proyecto reformista de Beers —y en la constitución, despliegue y racionalidad del movimiento de higiene mental— fue determinante (Rupke Richardson, 1987; Winters, 1969).¹³⁴

¹³⁴ William James había experimentado una crisis «espiritual» o «melancólica» que fue diagnosticada como «neurastenia» y durante la cual consideró el suicidio. Ésta influyó de forma importante en el despliegue de su pensamiento pragmatista y seguramente también en la relación personal de amistad y apoyo que entabló con Beers hasta su muerte. Sobre su vida y obra véase (Jatuff, 2021; Maddux, 2007; Perry, 1996).

Adolf Meyer y la reforma de la psiquiatría estadounidense

Adolf Meyer, a pesar de ser suizo y neuropatólogo de formación, se estaba consolidando por entonces como la figura preponderante de la psiquiatría estadounidense que sería desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX.¹³⁵ Con el tiempo pasó a ser reconocido como el padre de la psiquiatría genuinamente norteamericana, aquel que le infundió el eclecticismo, el pragmatismo y el instrumentalismo que le es característico (François Castel et al., 1979; Grob, 1983; Lamb, 2014; Lidz, 1966). Cuando Beers lo contactó, Meyer era director del *Pathological Institute of the New York State Hospitals*, cargo que asumió en 1902, locus desde el cual estaba liderando la reforma científica de la psiquiatría estadounidense, a partir de la introducción del método clínico-patológico, con la red más extensa de manicomios estatales bajo su mandato: los trece *State Hospitals for the Insane* del Estado de Nueva York (Lamb, 2014).

La carrera de Meyer había dado un giro completo y estaba en la cúspide de la ola. Meyer había emigrado a Estados Unidos en 1892, con ambición de establecer allí un instituto de investigación del cerebro con una amplia colección de especímenes (Lamb, 2014). Sin embargo, sus planes se vieron desplazados, en gran parte, por la situación paradójica que le planteó la psiquiatría estadounidense, por entonces a la cola de Europa, en términos de «cientificidad» y «progreso» (Grob, 1983; Lamb, 2014; Lidz, 1966; George Mora, 1992).¹³⁶ Sus experiencias de trabajo como neuropatólogo en el *Kankakee Hospital for the Insane* en Illinois (1893-1895) y posteriormente en el *Worcester State Lunatic Asylum* de Massachusetts (1895-1901), así como las visitas que realizó a diversas instituciones manicomiales en 1895, le revelaron una particularidad de la psiquiatría estadounidense.

El mandato social que ostentaban los alienistas superintendentes de las instituciones manicomiales incluía proteger a los y las pacientes «de los científicos que podrían

¹³⁵ Se había especializado como neuropatólogo en la Escuela de Zúrich, con gran influencia alemana, donde predominaban los estudios que correlacionaban las lesiones cerebrales con los estados patológicos. La tesis que leyó en 1892, bajo la dirección de August Forel, trataba sobre el prosencéfalo de los reptiles. Además, había hecho pasantías en París, Londres y Edimburgo, donde trabajó entre otros con John Hughlings Jackson y Jean-Martin Charcot: su formación europea era considerada de élite (Grob, 1983; Lamb, 2014; Lidz, 1966; Adolf Meyer y Lief, 1948).

¹³⁶ Según George Mora (1992), la única contribución estadounidense al campo psiquiátrico internacional había sido efectuada tras la Guerra Civil (1861-1865) en coincidencia con sus estragos y con el establecimiento de la neurología como campo médico independiente. En este contexto George Beard propuso el síndrome de la neurastenia. Este cajón de sastre para síntomas de todo tipo fue la única contribución norteamericana a la nosología psiquiátrica de la época. Cuando Meyer llegó a EEUU, quienes se llamaban a sí mismo neurólogos eran profesionales privados —no investigadores universitarios— que estaban siendo altamente demandados debido a «la epidemia de crisis nerviosas asociada al diagnóstico de neurastenia» (Lamb, 2014, p. 18).

atormentarlos en nombre de la experimentación» además, «muchos estadounidenses consideraban que las responsabilidades de los alienistas y los objetivos de los científicos eran mutuamente excluyentes» (Lamb, 2014, p. 42). En consecuencia, los manicomios no acostumbraban a guardar registros clínicos individualizados de las personas internas a quienes apenas examinaban. Además, la institucionalización manicomial había experimentado un crecimiento exponencial en las últimas décadas, eran espacios superpoblados, en los que la individualización del antiguo «tratamiento moral» había sido abandonada por impracticable, en un contexto en que las nociones de incurabilidad y heredabilidad dominaban la mirada y donde no existía la psiquiatría como disciplina académica independiente.¹³⁷ Ejercían una función de control, segregación y custodia que difícilmente podía revestirse de una aurea medicalizada. Los superintendentes de los manicomios llevaban prácticamente tres décadas recibiendo críticas respecto al carácter no-médico de su trabajo, y a su desinterés por aplicarse al «método científico» (Grob, 1983; Lamb, 2014; Lidz, 1966; George Mora, 1992).

Meyer encontró una situación paradójica respecto a su programa de investigación neuropatológico, tanto en el hospital de *Kankakee* y en el de *Worcester*, como en las visitas que realizó a diversas instituciones manicomiales, que lo lanzó a una cruzada reformista orientada a instituir en Estados Unidos la «psiquiatría científica», entendida como la aplicación del método clínico-patológico (Lamb, 2014). Si bien, los superintendentes estaban ansiosos de revestir sus instituciones del reconocimiento del «método científico» —que identificaban con las técnicas de laboratorio en las que Meyer era experto— se resistían a entregar a sus internos en vida a la «ciencia médica» (Lamb, 2014).¹³⁸

¹³⁷ Un informe de 1906 del Departamento de Comercio y Trabajo estadounidense, titulado “*Insane and Feeble-minded in Hospitals and Institutions 1904*” indica: «El 1 de junio de 1890 había en los Estados Unidos 74.028 dementes distribuidos entre 162 hospitales, de los cuales 119 eran públicos (mantenidos, como se muestra en otra parte del informe, con un gasto anual de \$10.595.567), y 43 instituciones privadas. El 31 de diciembre de 1903 (menos de catorce años después) había en los Estados Unidos 150.151 dementes distribuidos en 328 hospitales, de los cuales 226 eran públicos (mantenidos, como se muestra en otra parte del informe, con un gasto anual de \$21.327.228,41) y 102 instituciones privadas”. Este “aumento de más del 100 por ciento en el número de dementes en los hospitales, siendo acompañado por un aumento correspondiente en el número de instituciones... Según la mejor información disponible, sólo 20 de los hospitales estatales actuales para los dementes en los Estados Unidos se establecieron antes de 1850... A este número se sumaron 17 hospitales en la década de 1850 a 1859; 18, en la década de 1860 a 1869; 26, en la década de 1870 a 1879; y 33, en la década de 1880 a 1889. [...] una comparación de la proporción de dementes en los hospitales en 1903 con la proporción de dementes totales contados en 1890 muestra que relativamente los dementes en los Estados Unidos han aumentado más rápido que la población» (citado en, Beers, 1908, pp. 342–345).

¹³⁸ En parte debido a estas críticas, la *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane*, fundada en 1844, cambio de nombre en 1892, constituyéndose como la *American Medico-Psychological Association*; en 1921 sería renombrada como la *American Psychiatric Association*.

Los avances del método clínico-patológico dependían de correlacionar estadísticamente los registros clínicos y continuos de los «síntomas» y comportamientos de multitud de pacientes seguidos en vida, con el examen de laboratorio de sus tejidos cerebrales, una vez muertos. Avanzar «científicamente», requería por tanto la muerte de internos e internas, algo que muy bien sabía el neuropatólogo Alfred Hoche, cuando, junto con Karl Binding, propuso la eutanasia forzosa.¹³⁹ A pesar de que Meyer, tenía acceso a cadáveres humanos sin restricciones y podía contar con grandes y costosos equipos de laboratorio y mucho tiempo para diseccionar, cortar, serializar y escudriñar cerebros, no disponía de datos clínicos de los síntomas y comportamientos de los y las pacientes en vida, con los que correlacionar los datos biológicos post-mortem.

“El peor y fatal defecto”, se quejaría la víspera de su partida de Kankakee en 1895, “era que se esperaba que yo examinara el cerebro de personas que nunca habían sido sometidas a un examen”. En las bitácoras, encontró descriptors como “desordenado” (con heces) e “incapaz de andar”, pero nadie pudo decirle si una parálisis del esfínter o de las piernas estaba asociada con estos comportamientos. En Kankakee, Meyer enfrentó la inquietante realidad de que la psiquiatría estadounidense había abandonado la mitad del método clínico-patológico (Lamb, 2014, p. 42).¹⁴⁰

En respuesta a esta situación Meyer había implementado reformas institucionales, primero en el Hospital de *Kankakee* y luego en el de *Worcester*, teniendo como principal objetivo, establecer los exámenes y registros médicos individualizados y continuos, a fin de poder desarrollar su programa investigativo. Tras ser apodado en Kankakee como «el cuervo siniestro» (*ominous crow*) —por las personas internas y el personal— dado que pidió que lo avisaran para visitar a los y las pacientes cuando su muerte era inminente, Meyer había desarrollado la práctica de visitarles independientemente de su condición y pronóstico, para discutir las causas y los diagnósticos en presencia del personal y de pacientes (Lamb, 2014, p. 43). Esta práctica, lo llevó a abandonar la mesa de autopsias y dirigir el mismo la recolección de los datos clínicos en vida, así como hacer formaciones continuas al personal de las instituciones, en formato de conferencias y presentaciones de casos.

¹³⁹ Ver Capítulo II.

¹⁴⁰ Estas afirmaciones de Meyer corresponden a una carta enviada el 7 de diciembre del 1895 a Standley Hall, presidente de la *Clark University*, a la víspera de su partida al Hospital de Worcester. La carta, de suma relevancia histórica, ha sido reproducida completamente en un breve artículo de Gerald Grob (1963). Desde Worcester Meyer mantuvo una intensa colaboración con la *Clark University*, donde trabajó como profesor adjunto en patología clínica y neurología hasta moverse a Nueva York (1895-1902). Ésta contribuyó notablemente al establecimiento de la rata albina como modelo animal experimental del cerebro y la mente humana, una aproximación que Meyer venía desarrollando desde que estaba en Kankakee en colaboración con la *Chicago University* y con el neurólogo Henry Donaldson, véase Cheryl Logan (2005).

Para implementar las reformas en el examen y registro individualizado de datos clínicos, Meyer se inspiró en el método clínico de Kraepelin, a quien había ido a visitar durante seis semanas a su Clínica de Heidelberg en 1896, implementándolo primero en Kankakee y Worchester, y posteriormente a todos los manicomios estatales en Nueva York. Contribuyó así notablemente, junto con su compatriota suizo August Hoch, a la difusión y el reconocimiento en Estados Unidos del método y el manual diagnóstico Kraepeliniano (Grob, 1983; Lamb, 2014), que catalizó a inicios del siglo XX el diagnóstico —y tratamiento— que Beers había recibido en tanto «maniaco-depresivo».

El principal obstáculo en la «reforma científica» de la psiquiatría que Meyer quería implementar en Nueva York, basada en «la patología general de Virchow y los métodos clínicos de Kraepelin», no eran las resistencias de los superintendentes más veteranos a la «modernización científica», sino la infradotación y la necesidad de capacitación del personal médico: un requisito indispensable para examinar a múltiples pacientes, dirigir los datos clínicos y patológicos, y usar ese material para la formación y la investigación (Lamb, 2014, p. 55). En última instancia para la institución en Estados Unidos de la psiquiatría como disciplina científica académica.

La agenda investigativa de Meyer se diferenciaba de la de Kraepelin, por lo que son necesarias algunas precisiones conceptuales. Por entonces el objetivo de Kraepelin, que partía de un enfoque etiológico organicista en el que no tenían cabida las narraciones y biografías de los y las pacientes, era la constitución de una taxonomía válida, fiable —y universal— de «enfermedades mentales» entendidas como «entidades discretas» con sus respectivos «pronósticos», a partir de la comparación de miles de registros sistemáticos de las manifestaciones «objetivas» que se daban en el «curso de la enfermedad» (Caponi y Martínez-Hernández, 2013; Lamb, 2014).¹⁴¹

Meyer había desarrollado su propia conceptualización y adoptado el método Kraepeliniano con objetivos cada vez más propios. Estaba en desacuerdo con algunas cuestiones básicas. Su primer trabajo en Estados Unidos, antes de aceptar el puesto de neuropatólogo en el Hospital de Kankakee, como neurólogo y profesor en la Universidad

¹⁴¹ El seguimiento a largo plazo de los pacientes que hacía Kraepelin se basaba en un sistema de tarjetas, que funcionaba a modo de resúmenes semi-estructurados de los casos, llamado *Zählkarten*. Los encabezados predeterminados de estas tarjetas buscaban registrar solo ciertas cuestiones. La entrada sobre la etiología, se subdividía a priori en “herencia” y “otras causas”, y no se daba un espacio explícito para el propio relato del paciente sobre su situación biografía y familiar (Roelcke, 1997, p. 378). Martínez-Hernández (2018) también ha hecho énfasis en cómo el organicismo elude la experiencia subjetiva, en su caso, a partir de una contraposición entre la psiquiatría Kraepeliniana y la Freudiana, muestra cómo el organicismo se fundamenta en la autoridad de la mirada y la preeminencia del *signo*, a diferencia de la aproximación psicodinámica, asentada en la escucha y la interpretación del *síntoma*. Para un análisis crítico sobre cómo Kraepelin desarrolló su método clínico véase (Engstrom, 2019, pp. 121-147)

de Chicago (1892), lo puso en contacto con el pragmatismo norteamericano. A partir de este intercambio con los escritos de Charles Peirce, y de su relación personal, entre otros, con William James y John Dewey, Meyer había rechazado el binarismo cartesiano mente-cuerpo; asumido que la verdad debía estar orientada por la utilidad y podría ser alcanzada mediante la práctica del «experimento» —y no de la abstracción racional—; y adoptado la idea según la cual la actividad mental, entendida como una función del organismo humano completo, era una fuerza causal determinante en la interacción entre el individuo y su entorno, capaz de formar «hábitos» de pensamiento y comportamiento (Lamb, 2014; Lidz, 1966; Adolf Meyer y Lief, 1948).

Además, su contacto con las ideas del biólogo darwinista Thomas Henry Huxley habían dado lugar a la integración de lo anterior con otras premisas metodológicas y teóricas. Por un lado, con la idea de que la ciencia es «sentido común organizado», esto es, aplicación del rigor científico a la observación, documentación y comparación de datos que parten de la experiencia común, lo cual le hará desarrollar un empirismo extremo. Por el otro, con una conceptualización evolucionista de la salud en tanto adaptación eficiente, fundamentada en la idea de que la mente humana había evolucionado como un instrumento de adaptación biológica. Lo anterior se concretó en una aproximación genético-dinámica propia, a menudo tildada de incoherente y oscura en el plano teórico, a la que llamó «psicobiología» (Grob, 1983; Lamb, 2014; Lidz, 1966; Adolf Meyer y Lief, 1948).¹⁴²

La premisa fundamental de la psicobiología era que una acción del aparato nervioso del cuerpo (a la vez anatómico y fisiológico) y su *expresión como actividad mental y comportamiento* constituían una única respuesta adaptativa del organismo humano [...] entonces conceptualizó el trastorno mental, no como una enfermedad ontológica, sino como un fallo adaptativo, resultante de múltiples e interdependientes variables anatómicas, fisiológicas y mentales. Creía que, utilizando métodos clínicos, muchas de estas variables podrían identificarse, clasificarse según su importancia causal y, en algunos casos, modificarse para pruebas experimentales o fines terapéuticos. El núcleo de la psiquiatría Meyeriana era esta combinación de lo anatómico, lo neural, lo mental y

¹⁴² La medicina y la psiquiatría tendrán para Meyer un papel esencialmente productor del «sentido común». La medicalización y la psicologización de la vida aparecen como la utopía a la que dirigirse en un proceso sin fin, aquella que, en caso de completarse haría a la medicina —y sus derivadas— innecesarias. Sus conceptos y prácticas deberán infiltrarse en las formas de conducirse en la vida, hasta ir formando parte de la dimensión naturalizada de lo que ya no cabe cuestionar, el «sentido común». Una de las frases más famosas de Meyer es la siguiente «El objetivo de la medicina es peculiarmente el objetivo de hacerse innecesaria: de influir en la vida de tal modo, que lo que hoy es medicina se convierta en el mero sentido común de mañana. Los esfuerzos [...] de hoy se asimilan tanto en el sentido común de mañana que debe ser nuestro orgullo que hayan pasado a la naturaleza objetiva real del mundo que nos rodea, sin agobiar más nuestra atención» (Adolf Meyer, 1928b, p. 370). Para una discusión de esta cuestión con respecto a la prominente, pero en cierta medida «invisible», influencia de Meyer —esto es el abandono temprano de sus conceptos teóricos específicos y la huella perdurable de su influencia en el sentido común de la psiquiatría estadounidense— véase Theodore Lidz (1966).

lo conductual como una sola respuesta sensoriomotora irreductible (énfasis original, Lamb, 2014, p. 21).

En base a esta unión psicobiológica y a la coincidencia entre salud y adaptación, sin abandonar el rol conclusivo de la herencia, Meyer había sugerido que algunos de los trastornos o enfermedades mentales podrían ser abordados como *maladjustments* (desajustes) corregibles (Lamb, 2014; Lidz, 1966). Los y las pacientes, con sus «reacciones patológicas psicobiológicas» eran para Meyer un «experimento de la naturaleza» por lo que el estudio de las causas y de la modificabilidad de dicho experimento o desajuste, constituía el objetivo de la práctica médica psiquiátrica (Adolf Meyer y Lief, 1948, p. 401). En sintonía con lo anterior, y con el psicoanálisis —del que había extraído algunas ideas antes de la exitosa visita de Freud y Jung a Estados Unidos en 1909— Meyer consideraba que existía un continuo entre salud y enfermedad, esto es, se había plantado contra la idea Kraepeliniana de «entidades discretas», y contra las afirmaciones organicistas «dogmáticas» que, careciendo de fundamento empírico contrastable, otorgaban un valor determinante a la herencia o a las lesiones anatómicas no verificadas (Lamb, 2014; Lidz, 1966; Adolf Meyer y Lief, 1948).

Los conceptos de *adjustment* y *maladjustment* (ajuste y desajuste), así como el concepto de *eficiencia* o *ineficiencia* (funcional), todos ellos extraídos de la biología, estaban en la base de su concepción evolucionista de la salud (Lamb, 2014; Lidz, 1966).¹⁴³ Donde la salud, coincide con la adaptación al ambiente, esto es, con el «ajuste» funcional y *eficiente* a un sistema social que no cuestionará, más allá de las relaciones parentales, pedagógicas y grupales que modulen el desarrollo infantil y por lo tanto la «personalidad». La clasificación que por entonces venía desarrollando de los «tipos reactivos» patológicos, contenía una categoría de «anormalidad mental», denominada «inferioridad constitucional» que se caracterizaba por «una incapacidad de adaptación a las exigencias y orden existente de la sociedad» (citado en, Lamb, 2014, p. 158).

A diferencia de Kraepelin, Meyer, en su aplicación del método clínico, enfatizaba y escudriñaba las historias de vida y narrativas de los y las «pacientes» (Grob, 1983; Lidz, 1966), a fin de encontrar los *patrones de desarrollo* característicos de las «reacciones patológicas» entendidas como respuestas psicobiológicas *desadaptativas* e *ineficientes*, con el propósito central, no de determinar el diagnóstico y el pronóstico, sino el tratamiento y la prevención, esto es de intentar modificar o intervenir el «experimento

¹⁴³ Sobre la raíz biológica del concepto de *eficiencia* véase Meyer (1903). Las metáforas biológicas asociadas a estos conceptos -ajuste, eficiencia- quedan así mismo explícitamente ilustradas en la primera exposición pública del naciente movimiento de higiene mental (NCMH, 1913).

de la naturaleza» mediante la instalación de nuevos hábitos (Lamb, 2014, pp. 152-153).¹⁴⁴

En el lapso en que colaboraba con Beers, mayo de 1908, Meyer compartió su concepción psicobiológica en la *American Medico-Psychological Association*. Dividió la etiología de los trastornos o enfermedades mentales, en dos tipos de causas; composición constitucional (*constitutional make-up*) y factores precipitantes. Enfrentaba, la tendencia dogmática en la profesión de postular como certeras, ante la falta de evidencia, causas «constitucionales» —herencia, constitución degenerada, y lesiones—, y obviar el examen de los potenciales «factores precipitantes», que él definía como «psicogénicos», abogando por el estudio de las historias de vida. Allí se percibe muy claramente el lugar que ocupa para él la actividad mental y el *ajuste*, en relación a su recursividad y unicidad con el sustrato biológico, que siempre persiste pudiendo bloquear las posibilidades de «corrección»:

La mente [...] *es un ser vivo suficientemente organizado en acción*; [...] Un cerebro suficientemente organizado es el eslabón central principal, pero la actividad mental se entiende mejor en su pleno significado como la adaptación y el ajuste del individuo como un todo, en contraste con la simple actividad de órganos individuales como los de circulación, respiración, digestión, eliminación o simple actividad refleja [...] No conocemos todos los detalles de los modos de colaboración [entre mente y cerebro] pero sí las líneas principales. Estudiamos sus diferencias en varios tipos de reacción y su modificabilidad en varios individuos y determinamos sus posibilidades de ajuste y su capacidad para trabajar por sí mismos a través de los conflictos, los enredos y las tentaciones que plantean las demandas [ambientales] habituales e inusuales. La medida en que el individuo es capaz de elaborar una reacción eficiente determina el nivel de la persona [...] Todo ajuste mental debe estar de acuerdo con las leyes del anabolismo y catabolismo, tiene sus componentes somáticos, por lo que es comprensible que *pueda* ser más fácil precipitar el daño que corregirlo, y que algunos desórdenes o conflictos puedan dañar permanentemente los procesos del anabolismo (Adolf Meyer, 1908, pp. 43-44).

¹⁴⁴ El interés de Mayer por las narrativas de vida de las personas y su rechazo a las afirmaciones «dogmáticas» —sin evidencia de daño orgánico— de incurabilidad, estuvo en gran parte influenciado por las trágicas circunstancias personales que rodearon su migración a EEUU. Su madre, se endeudó para costearle el viaje, la abuela materna de Meyer falleció justo antes de su partida, en un momento en que el único hermano menor de Meyer también abandonaba la casa familiar materna. En este contexto de duelo y repentino vaciado de la casa, la madre de Meyer empezó a creer que Meyer había muerto. En consecuencia, la ingresaron en el psiquiátrico que dirigía Forel -director de tesis de Meyer-, quién le pronosticó incurabilidad. No obstante, durante el viaje en que Meyer visitó a Kraepelin, pudo comprobar que, contra el pronóstico de Forel, su madre se había recuperado (Lamb, 2014; Lidz, 1966). El estudio de las narrativas de los y las pacientes, se convertirá para Meyer en un gesto obsesivo de acumulación de datos. La *Henry Phipps Psychiatric Clinic* que él dirigirá entre 1912-1941, llegará a contar con cuatro profesionales de la taquigrafía cuyo objetivo será transcribir las verbalizaciones pronunciadas por las personas internas. Estos registros serán acumulados en las historias clínicas individualizadas, produciendo pilas y pilas de datos empíricos prácticamente imposibles de analizar. Esto llegó a exasperar a muchas de las personas internas que se sentían acosadas por la celosía con la que alguien anotaba cada palabra que salía de su boca. Sobre esta cuestión véase *The Baptismal Child of American Psychiatry: The Meyerian Case History* (Lamb, 2014, pp. 130-160).

Entre Beers y Meyer: el nacimiento de la *mental hygiene*

Beers se dirigió a Meyer bajo recomendación del psiquiatra Stewart Paton (1865-1942), en septiembre del 1907, después de haber enviado su manuscrito a múltiples expertos, y una vez definida su estrategia inmunitaria, cuando buscaba el beneplácito del psiquiatra más eminente de la época, tras haber intentado sin éxito conseguir el apoyo filantrópico de John D. Rockefeller para editar su libro, ya en fase de prueba impresa (Beers, 1921, p. 265; Rupke Richardson, 1987, p. 113). Si Meyer lo apoyaba, —escribió Beers— «todos los otros psiquiatras lo seguirían» y la legitimidad del proyecto quedaría garantizada (citado en, Rupke Richardson, 1987, p. 114). La respuesta de Meyer, llegó con al menos cuatro encuentros para hablar del manuscrito, y a diferencia de la de James, con incontables propuestas de rescritura (Dain, 1980, p. 79).

Meyer produjo un desplazamiento crucial en el objetivo reformista y «humanitario» desde el cual Beers se había entregado a la tarea de escribir su autobiografía con expectativas de inmortalidad que, en un principio, se enfocaba en erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención en los manicomios. A Meyer le preocupó lo que él definía como la visión «hipercrítica» y «poco equilibrada» de Beers, así como la «peligrosa propaganda» que suponía lanzar denuncias tan duras a la psiquiatría y a las instituciones manicomiales (Dain, 1980, pp. 80-83; Rupke Richardson, 1987, pp. 114-116). Para Meyer, en consonancia con su proyecto investigativo «los villanos eran más propensos a ser la falta de fondos, el equipo inadecuado y la falta de personal» (Winters, 1969, p. 416).¹⁴⁵

Meyer aceptó colaborar con Beers en la edición de su manuscrito a condición de que este diera lugar a una plataforma que él apoyaría. Esto es «una organización profesional orientada a la investigación científica y clínica controlada por médicos y psiquiatras» (Rupke Richardson, 1987, p. 115), lo que entraba en conflicto directo con la organización *lega* que Beers proponía. En este punto, Meyer no tuvo tapujos en amenazar y valerse de su posición privilegiada de poder: «si no quiere que el personal médico dirija la organización, entonces también podría convertirme en un obstáculo para sus propios objetivos y los de su sociedad», escribió a Beers (citado en, Rupke Richardson, 1987, p. 116). El objetivo de Beers estaba claro. En una carta de octubre 1907 dirigida a William James, a propósito de su intercambio con Meyer, afirmaba «estoy asegurando el apoyo

¹⁴⁵ Meyer había denunciado en su momento la violencia en las instituciones manicomiales, como consecuencia de la falta de personal y de las carencias de profesionalización de la práctica (Adolf Meyer y Lief, 1948, pp. 53-60). Lo hizo desde una posición «moderada» que criticaba, por ejemplo, el abuso de la contención mecánica -pero que no cuestionaba su «uso» ni abogaba por su abolición.

de la profesión médica... dentro de poco tendré el jurado médico arreglado» (citado en, Rupke Richardson, 1987, p. 115).

Según Eunice E. Winters (1969, p. 406) a rasgos generales, y aunque no completamente de acuerdo, Meyer consintió en aceptar la historia autobiográfica de Beers pero sugirió «corregir» la última aparte del libro, donde proponía «los Remedios», lo cual condujo a Beers a reescribir las soluciones a los males que denunciaba y matizar la crítica, en colaboración directa con Meyer. Norman Dain (1989, p. 82) da cuenta de un trabajo de modificación transversal, en el que Beers «trató de moderar sus condenas, eliminar comentarios hostiles, modular sus juicios absolutos». En cualquier caso, antes de que Meyer aprobara la publicación, Beers integró muchos de los innumerables cambios que propuso, incluido «el color médico» que debería ostentar el movimiento, y además le ofreció una posición de liderazgo en la futura organización como miembro honorario (Dain, 1980; Rupke Richardson, 1987; Winters, 1969).¹⁴⁶ Para entonces, otra decisión había sido tomada, no se catalizaría una Sociedad, sino un Comité con membresía inicialmente limitada porque «la tarea era muy especial, y en muchos sentidos, delicada» (Beers, 1921, p. 273).

El desplazamiento más importante y trascendente entre los «problemas» que Beers había experimentado, y las «soluciones» que Meyer proponía —que necesariamente constituían un replanteamiento de los problemas— quedó condensado en el nombre, las funciones y el liderazgo de la organización que habría de ser catalizada para llevar a cabo el «remedio». Meyer sugirió a Beers usar el término Higiene Mental (*Mental Hygiene*) para denominar al Comité Nacional y la función principal del movimiento reformista (Beers, 1921, p. 265; Winters, 1969). Un término algo viejo, para un novedoso programa que habría de ir definiéndose con el tiempo.¹⁴⁷ La apuesta por la higiene mental, quedó concretizada en la primera edición del libro de Beers, en los siguientes términos acordados y validados por correspondencia con Meyer (Winters, 1969).

Una agencia permanente para la reforma y la educación en el campo de las enfermedades nerviosas y mentales es una de las grandes necesidades del día. Tal agencia, cualquiera que sea su forma, podría hacer en su propio campo lo que la Sociedad Nacional para la

¹⁴⁶ Beers, en tanto hombre de negocios, destacaba por sus habilidades para encontrar seguidores y financiación, algo que había demostrado en su trabajo con los banqueros. Poco después de la aceptación de Meyer, Beers ya tenía «siete aceptaciones [de miembros honorarios] en mi bolsillo», entre ellos la de William James —que fue el primero al que invitó—, por lo que podía «ir, a ciertas personas ricas y “desenterrar” [...] los \$20.000 necesarios para poner en marcha la Sociedad durante el primer año» (citado en, Winters, 1969, p. 419).

¹⁴⁷ El término *mental hygiene* había sido empleado por el alienista William Sweetser (1843) en una obra titulada: *Mental hygiene, or, an examination of the intellect and passions: designed to illustrate their influence on health and the duration of life*. Sin embargo, por entonces carecía de contenido y era completamente desconocido (Winters, 1969).

Prevención y Cura de la Tuberculosis ha hecho y está haciendo en su ámbito de actuación. Aunque la mejora de las condiciones entre los realmente dementes y confinados debería ser siempre un factor importante en la configuración de la política de tal organización, su trabajo más importante sería librar una guerra educativa contra la ignorancia prevaleciente con respecto a la locura [...] *curar la enfermedad previniéndola, es la única cura efectiva conocida*. La consigna de tal organización bien podría ser la frase significativa: Higiene mental. Su propósito: la difusión de un evangelio de sentido común del pensamiento correcto para lograr una vida correcta, cuyo conocimiento es necesario para el público en general si la población de nuestros asilos ha de ser controlada y finalmente disminuida. Una campaña de educación, llevada a cabo rigurosamente, con el tiempo conducirá al rescate de miles de personas que, si se las deja en la ignorancia, deben [...] derivar en un estado de locura real y quizás *incurable* (énfasis mío, Beers, 1908, pp. 295–296).

El postulado preventivo de la higiene mental, parte pues, de una premisa de potencial *incurabilidad* de la «locura» entendida como «enfermedad mental», para proponer un proyecto pedagógico, cuya misión reside en enseñar a las gentes «ignorantes» a vivir de la manera «correcta» a fin de disminuir el impacto de la locura y con ello, la superpoblación manicomial. Su actividad extramuros ha lanzado lejos y a un segundo plano el propósito de abolir la violencia en las instituciones manicomiales. De hecho, la propuesta del término «higiene mental», estuvo motivada según el propio Meyer (1933, p. 495) por su deseo de alejar a Beers «de la mera reforma de los hospitales psiquiátricos y sobre todo de la investigación legislativa oficial».

A Mind that Found itself, también planteó el modelo ideal a seguir, respecto a la profesionalización de la práctica psiquiátrica, en su Anexo: «*The Modern Hospital for the Insane*» (Beers, 1908, pp. 338–341), esto es, la Clínica Psiquiátrica de Múnich dirigida por Kraepelin, de la cual las demás naciones deberían aprender «el tratamiento científico de la locura en sus etapas incipientes como una enfermedad física y posiblemente curable». Lanza, por tanto, una interrogación con respecto a la incurabilidad de la locura, que debe ser respondida, no desde el manicomio, sino desde la Clínica Psicopática. Un lugar donde la investigación clínica, anatómica y neuropatológica, junto con la formación, en un sistema flexible que incluye el tratamiento e internamiento forzoso, pero también el dispensario de tratamiento voluntario ramificado a la comunidad, se unifican, para convertir a cada individuo en «objeto de un estudio especial».

La publicación de la autobiografía había sido un rotundo éxito «si pueden tomarse como criterio las reseñas que aparecieron en más de cien periódicos y revistas» estadounidenses y británicas (Beers, 1921, p. 275). Pero también había despertado incomodidades en lo que Beers reconocía como la «delicada» posición de Meyer por su «conexión con los Hospitales de Estado». El *New York Times* había publicado reseñas del libro con subtítulos del tipo «*Torture leading Insanity*». Este desliz pudo ser

reencauzado (Winters, 1969, p. 420), para que el movimiento no adoptase la forma que más temía Meyer (Meyer, 1908, p. 613), esto es la de promover «investigaciones legislativas independientes» de los manicomios. Algo por lo que Beers había abogado en su autobiografía, y Meyer había dejado pasar y publicar, pensando que «lo había curado de tal noción» y ganado para trabajar en «líneas constructivas».¹⁴⁸

En su autobiografía, Beers había denunciado asesinatos encubiertos en los hospitales manicomiales de Estado, por parte del personal hacia las personas reclusas. Esto es, había expuesto la impunidad ante la violencia y el homicidio característica de los espacios geográficamente delimitados, donde el «estado de excepción» transmuta en la regla: la definición de la noción de «campo» que da Agamben (2019).

No puedo poner demasiado énfasis en este hecho absoluto: que las gerencias de los hospitales suprimen evidencia de manera deliberada, voluntaria y egoísta [...] Durante el verano de 1907, un Comité de Investigación designado por la Legislatura del Estado de Nueva Jersey, descubrió, varios meses después de la comisión del crimen, la evidencia suprimida del asesinato de un paciente por parte de los asistentes en el Hospital Estatal de Trenton. En el estrado de los testigos, el funcionario del hospital con autoridad admitió que los asistentes habían matado al paciente y que su único castigo había sido su pronto despido como empleados. [...] Tan hábilmente se ocultó este crimen que incluso la esposa de la víctima no pudo conocer la causa de la muerte de su esposo hasta que los investigadores pusieron al descubierto los hechos. Y este mismo Comité de Investigación descubrió otro presunto y, en mi opinión, probado asesinato en otro Hospital Estatal para Dementes, en Morris Plains, Nueva Jersey. Aquí, nuevamente, el “escándalo” (un eufemismo hospitalario para “asesinato” y delitos menores) fue “silenciado” o “encubierto”. [...] Si una investigación en Nueva Jersey puede revelar dos asesinatos no denunciados que ocurrieron dentro de un año en dos hospitales estatales, ¿cuántos crímenes de este tipo se descubrirían si los doscientos veintiséis hospitales públicos y ciento dos privados para enfermos mentales en este país fueran honestamente investigados? La cifra probable es demasiado espantosa para publicarla. [...] Debería haber una limpieza en todo el país. No sólo deben sacarse a la luz los males existentes; cualquier abuso que se descubra que existió durante los dos o tres años anteriores a una investigación debe ser revelado y publicado al mundo. Y los reclusos deben tener una audiencia justa, algo que rara vez han disfrutado. No abogo por investigaciones hostiles. Sin embargo, toda la verdad debe obtenerse independientemente de a quién golpee o lastime (Beers, 1908, pp. 231-233).

El concepto y las implicancias prácticas de la «higiene mental», así como la posición de los superintendentes de las instituciones manicomiales en la dirección del Comité Nacional, continuaron dando mucho que hablar durante el proceso constituyente del movimiento «reformista». Meyer, había conseguido convencer a Beers de empezar por una organización local —y no una Nacional— La *Connecticut Society for Mental*

¹⁴⁸ En una carta a James, de marzo del 1909, Meyer escribe: «Tal vez tuve la desgracia de que el señor Beers, con su genuina afición a las investigaciones en los hospitales estatales, cayera en mis manos para ser curado de esa noción y ganado para la idea del éxito en líneas constructivas. Ciertamente, él tenía las concepciones publicitarias y combativas, pero yo sabía que algunos de nosotros teníamos que poner otros fundamentos para evitar la desconfianza de los hospitales» (citado en, Winters, 1969, p. 429).

Hygiene, que tuvo su primer encuentro organizacional el 6 de mayo de 1908, con Beers como Secretario Ejecutivo, y a modo de «experimento en una escala más pequeña» (Beers, 1921, p. 275). Con ello Meyer buscaba darse tiempo para pensar, según escribió a Beers, «la “cosa qué hacer” [...] Tan pronto como vea claramente de qué manera se puede formular el plan de trabajo definitivo, espero ver venir dinero; de lo contrario no soy optimista [...] los expertos para la investigación de las denuncias [...] mejor en conexión con el comité central (citado en, Winters, 1969, pp. 421-422).

Beers, que todavía visualizaba lanzar una organización *lega* dirigida por la sociedad civil, que debería también luchar contra los abusos y la violencia en los manicomios, y promover investigaciones independientes estuvo inicialmente en desacuerdo con la posición de Meyer respecto al papel de los superintendentes en la dirección del movimiento (Meyer, 1908; Winters, 1969): ¿Cómo podrían ser presionados si ellos mismos dirigían el movimiento?. Para él no debían formar parte de la *Connecticut Society* o del *National Committee for for Mental Hygiene* (NCMH), sino colaborar como externos, esté era también según Winters (1969) el rol en el que lo superintendentes se veían inicialmente a sí mismos. En cualquier caso, Meyer, que tenía las cuestiones claras, respecto hacia donde debería apuntar y quien debería liderar el movimiento reformista, ganó la batalla. El papel de Beers, había sido el de escribir un libro que servía para «poner receptivo al lector» y que no le daba en absoluto el «derecho a hablar como autoridad en la reforma» que debería estar liderada por profesionales y orientada a la profesionalización científica de la práctica psiquiátrica, dentro y fuera de los manicomios (Winters, 1969, p. 423). Beers era el hombre de «una causa» cuya delimitación había cambiado de manos.¹⁴⁹

¹⁴⁹ En una carta Meyer indicaba a Beers: «Realmente me siento convencido [...] de que usted es el hombre de la causa. [...] trabajando juntos seremos capaces de dar el único embate realmente eficaz a la perpetuación de males tan dolorosos que sólo la prensa amarilla con su gusto por lo espantoso parece estar dispuesta a ocuparse [...]. Si se ataca adecuadamente, la causa puede pasar a manos más dignas, y así no habrá cadáveres ni comida para los buitres.» (citado en, Winters, 1969, pp. 418-419).

La promesa: una nación y una raza sana, eficiente y feliz

Si bien para Meyer el movimiento de reforma debía ser un movimiento de profesionalización que emulara la Clínica Psiquiátrica o Psicopática, la cuestión de qué implicaba el término «higiene mental», y de cuáles serían las líneas de trabajo concretas que habrían de ser puestas en marcha, no estaba clara. Probablemente porque como hemos visto el término higiene mental, formaba parte de una estrategia disuasoria; alejar a Beers y al naciente movimiento de la mera reforma de los manicomios y de las investigaciones independientes sobre las formas de violencia que allí reinaban.

El concepto de higiene mental fue problematizado por William James tras el primer encuentro del *National Committee for Mental Hygiene*, que tuvo lugar en Nueva York el 19 de febrero del 1909, en el que Meyer lideró la discusión, planteó los objetivos y fue elegido presidente del Comité Ejecutivo.¹⁵⁰ James entró en correspondencia con Meyer, para proponerle cambiar el nombre del Comité a *National Committee on Insanity* y defendió exitosamente a Beers en su campaña por ser nombrado secretario del Comité Nacional, algo a lo que Meyer se oponía (Dain, 1980, pp. 130-131; Rupke Richardson, 1987, p. 120).¹⁵¹

Para entonces Beers ya había aceptado el liderazgo profesional y estaba completamente convencido de la preeminencia de la apuesta *preventiva* de la higiene mental. Cuando se enteró de que su libro había influenciado significativamente la decisión de Henry Phipps's de instituir una Clínica Psiquiátrica en el Hospital John Hopkins, dónde la formación, la investigación y el tratamiento se darían la mano, y que Meyer sería el director, coincidió con Meyer en que este éxito «cumpliría [en parte] sus sueños», además, todo ello se debía a la «creencia instintiva» que le había llevado, contra viento y marea, a escribir su autobiografía (Winters, 1969). Pletórico de fama inmortal, escribió en julio del 1908:

Naturalmente, el Sr. Phipps ocupa un lugar destacado en mi Salón de la Fama, por ayudarme a crear uno de mis “Hospitales de un millón de dólares” con los que he soñado

¹⁵⁰ Meyer lideró la discusión, planteando los objetivos de la nueva organización, en los siguientes términos: un estudio cooperativo de las dificultades encontradas en la gestión de los hospitales -no “una investigación”-; centrar los primeros esfuerzos en el *aftercare* (cuidado posterior a la hospitalización) y la prevención de las recaídas; campañas para informar de los factores sociales implicados en los trastornos mentales prevenibles (que para Meyer se reducían al alcohol y las enfermedades venéreas), luego con ello hacer exhibiciones y lecturas para educar al público general (Winters, 1969, p. 426).

¹⁵¹ La correspondencia tuvo lugar entre finales de febrero y principio de marzo del 1909, y ha sido publicada por Winters (1969, pp. 426-429).

y hablado durante tanto tiempo [...] ha confirmado no solo mi juicio, sino que ha dado color a mi reputación como profeta (citado en, Winters, 1969, p. 424).

En la disputa sobre el nombre del *National Committee*, Beers, que se refería ya así mismo como el «sumo sacerdote de la higiene mental» (*High priest of mental hygiene*), defendió la postura de Meyer, a quien le escribió en febrero del 1909: «Si el trabajo principal del Comité va a ser la prevención de la locura, y si esa enfermedad solo puede ser prevenida enseñando al público los principios de la higiene mental y su aplicación [...] sería un error eliminar la frase comprensiva “higiene mental” y sustituirla por la palabra “locura” que, después de todo, sólo puede aplicarse a una pequeña parte del trabajo que realizará el Comité.» (citado en, Winters, 1969, p. 429).

A rasgos generales James había escrito a Meyer proponiendo el cambio de nombre a *National Committee on Insanity*, considerando que el trabajo del Comité estaba centrado en la locura, y que el término higiene mental era insípido, desconocido, y poco estratégico en el plano propagandístico (Winters, 1969, pp. 426-429). Meyer tuvo que explicar algunos de sus motivos, y consiguió convencerle tras plantear estos argumentos:

El término locura ha sido una desgracia para la psiquiatría y lo seguirá siendo. Si pudieras usarlo en plural, no me importaría tanto, pero tener que ir bajo la bandera del “Comité sobre la Locura” me arrojaría real y verdaderamente de vuelta a las filas de aquellos cuya constitución les obliga a trabajar por sí mismos. Es precisamente el hecho de que la gente crea que [...] la “locura” no necesita interpretación lo que la hace tan objetable. No estamos ante una campaña popular de una vez, sino ante un trabajo sobre temas concretos que darán forma a sus propias campañas [...], no lanzando un boom, sino dando una oportunidad a algunos desarrollos naturales y fuertes... [...] La locura cubre solo una pequeña parte de lo que debemos atacar, y si las cosas han ido tan lejos que la “higiene mental” se ha vuelto insípida, es hora de mostrarle a la gente común que lo que hay de bueno en ella no implica abrasivos y ofrece ayudas claras y simples, sólidas y confiables para tener éxito en la vida... (citado en, Winters, 1969, pp. 428-429).

Ofrecer ayudas para tener «éxito en la vida» en el seno del capitalismo industrial desbocado, era la clave de venta de la «tarea preventiva» de ajuste. Meyer también se refirió al trabajo preventivo del Comité, como aquél que deberá «exponer los hechos de la psiquiatría y de la higiene mental», siendo el «portador de felicidad» (*carrier of happiness*), ayudando a las «víctimas de la ignorancia» a balancear sus vidas en medio de las cambiantes y ampliadas demandas de «estabilidad mental» y «eficiencia», debiendo de empezar a trabajar en el espacio intersticial del «after care» (post cura hospitalaria) «con aquellos que realmente se están recuperando y preparándose para ajustarse nuevamente» (citado en, Winters, 1969, p. 433).

En uno de los últimos proyectos en los que colaboraron Beers y Meyer «*The mental health of the public at large*», Meyer substituyó cada una de las veces en que Beers

escribía la palabra «protección» de la «salud mental», por «promoción» (Winters, 1969). Algo que exasperó a Beers:

Su sustitución de “promoción” por “protección” de la salud mental es algo sobre lo que he preguntado a varias personas. Ninguno de ellos lo ha favorecido [...] todos prefieren fuertemente la “protección”. Un hábil escritor [...] dice que “la salud es un término de perfección [...] Creo que estoy cuerdo [*sane*]. No quiero que se promueva mi cordura, pero debo agradecer su protección” (citado en, Winters, 1969, p. 422).

La «salud mental», en tanto objeto al que se dirige la higiene mental, en la medida en que parte de una perspectiva evolucionista que equipara salud con adaptación al orden social, no deberá ser protegida, sino *promovida*. La idea de la *protección* sugiere la institución de barreras y transformaciones en el ambiente —social, político, físico— capaces de frenar las influencias que perjudican la salud de los individuos. Por el contrario, la *promoción* de la salud es un proceso de *optimización* que sitúa en la «actividad mental» del individuo la responsabilidad diaria de su *ajuste*, funcional y eficiente al orden social existente.

En 1908, Meyer dio una charla informal a un grupo de estudiantes de psicología en la Universidad de Cornell, titulada «*The solidarity of Mental Hygiene and Ethical Conceptions*»:

Sugirió que la conducta y el comportamiento se miden de manera más útil por el estándar de eficiencia o ineficiencia y señaló que la higiene mental estaba tratando de reunir un conocimiento de las condiciones que influyen en la eficiencia de la vida mental. [...se refería a factores] abiertos a la regulación por parte del individuo [...]: variaciones en el estado de ánimo, en la capacidad de trabajo, en la concentración, en el sueño y el descanso, y la eficiencia de la función somática, todo puede ceder a un manejo inteligente y determinante [...] para crear un yo sano y eficaz (Winters, 1969, pp. 422-423).

A finales de diciembre del 1910, Meyer decidió renunciar a su cargo como presidente del Comité Ejecutivo y como miembro del Comité Nacional, una resignación que tuvo efecto en 1911. Las diferencias que mantenía con Beers venían siendo demasiado grandes y lo exasperaron, además la primera solicitud de financiación enviada a la Fundación Rockefeller fracasó (Dain, 1980; Rupke Richardson, 1987; Winters, 1969). No obstante, desde la Clínica Henry Phipps del Hospital John Hopkins, cuya escuela de medicina era la más reputada de la Nación (Grob, 1983), Meyer se mantuvo en correspondencia con Beers y, continuó aportando apoyo, racionalidad y dirección al movimiento de higiene mental, constituyendo uno de sus más importantes rostros públicos (Lamb, 2014; Rupke Richardson, 1987; Winters, 1969).¹⁵² En mayo del 1932, volvió a integrarse en al Comité

¹⁵² Tras la Gran Depresión, en mayo del 1932, volverá a integrarse en al National Commitee, presidiéndolo de 1940 a 1943, para pasar luego a convirtiéndose en su presidente Honorario.

Nacional de Higiene Mental, presidiéndolo de 1940 a 1943, para pasar luego a ser su Presidente Honorario (Winters, 1969).

En cualquier caso, Meyer influyó de modo determinante en las funciones, la epistemología y la estructura del movimiento del higiene mental, que según él mismo, había nacido para resolver los «más intrincados problemas de la salud, la felicidad y la eficiencia individuales» (Meyer, 1928, p. 2). La felicidad, el éxito en la vida y la salud, se resuelven en una sola respuesta psicobiológica adaptativa y eficiente, provienen de un individuo bien *ajustado* al orden social del capitalismo industrial y patriarcal existente. En última instancia la coincidencia entre felicidad, salud, éxito y ajuste, lo que deberá producir es un cuerpo nacional y racial sano, eficiente y satisfecho. Así de clara dejará esta relación orgánica entre individuo y nación, el manual que divulgue para el público general la primera exhibición pública del Comité Nacional de Higiene Mental (NCMH, 1913).¹⁵³

La ilustración que lo precede, «La Grandeza de una Nación Depende de la Eficiencia de sus Ciudadanos», es especialmente elocuente (ver Ilustración 11). En ésta, la bandera estadounidense se yergue sobre un pódium compuesto por cuatro ladrillos. Su base, constituida por dos ladrillos ensamblados, contiene las inscripciones «una mente sana en un cuerpo sano» y «la organización de los buenos hábitos». Sobre éstos yace el tercer ladrillo, resultado de ambos, la «eficiencia personal», que en su multiplicación sostiene al cuarto, desde el cual se alza ondeante la bandera de los Estados Unidos, la «eficiencia nacional».

¿Qué es la vida sino un proceso de ajuste satisfactorio, en que el individuo, deberá hacer de su actividad mental, el motor de automatización eficiente de su engarce con el cuerpo de la nación, su «medio ambiente» natural?

La vida es un proceso de ajuste; del individuo al medio ambiente. La salud es un estado mental y corporal en el que los ajustes son relativamente buenos, mientras que en la enfermedad, de la cual la locura es una forma especial, son insuficientes o imperfectos [...] solo se puede lograr un ajuste satisfactorio despertando repetidamente las formas superiores de actividad, los actos de la voluntad; es decir, practicando conscientemente hasta que los movimientos voluntarios se vuelvan automáticos (NCMH, 1913, pp. 11-12).

¹⁵³ Tras diversas dificultades de financiación el Comité Nacional, despegará su actividad en 1912, con Thomas W. Salmon como Director Médico (Beers, 1921), gracias a la donación de 50,000\$ de Henry Phipps, que mantuvo el trabajo del Comité durante los tres primeros años, permitiendo inaugurar su entrada pública en 1912 al «campo de la medicina preventiva organizada» (Beers, 1921, p. 312). Dicha entrada consistió en la participación del Comité Nacional de Higiene Mental en un congreso internacional de Higiene y Demografía celebrado en Washington en otoño del 1912, con una exposición propia, tras la cual publicaron el manual educativo dirigido al público general *Hand Book of the Mental Hygiene Movement and Exhibit* (1913) que cito.

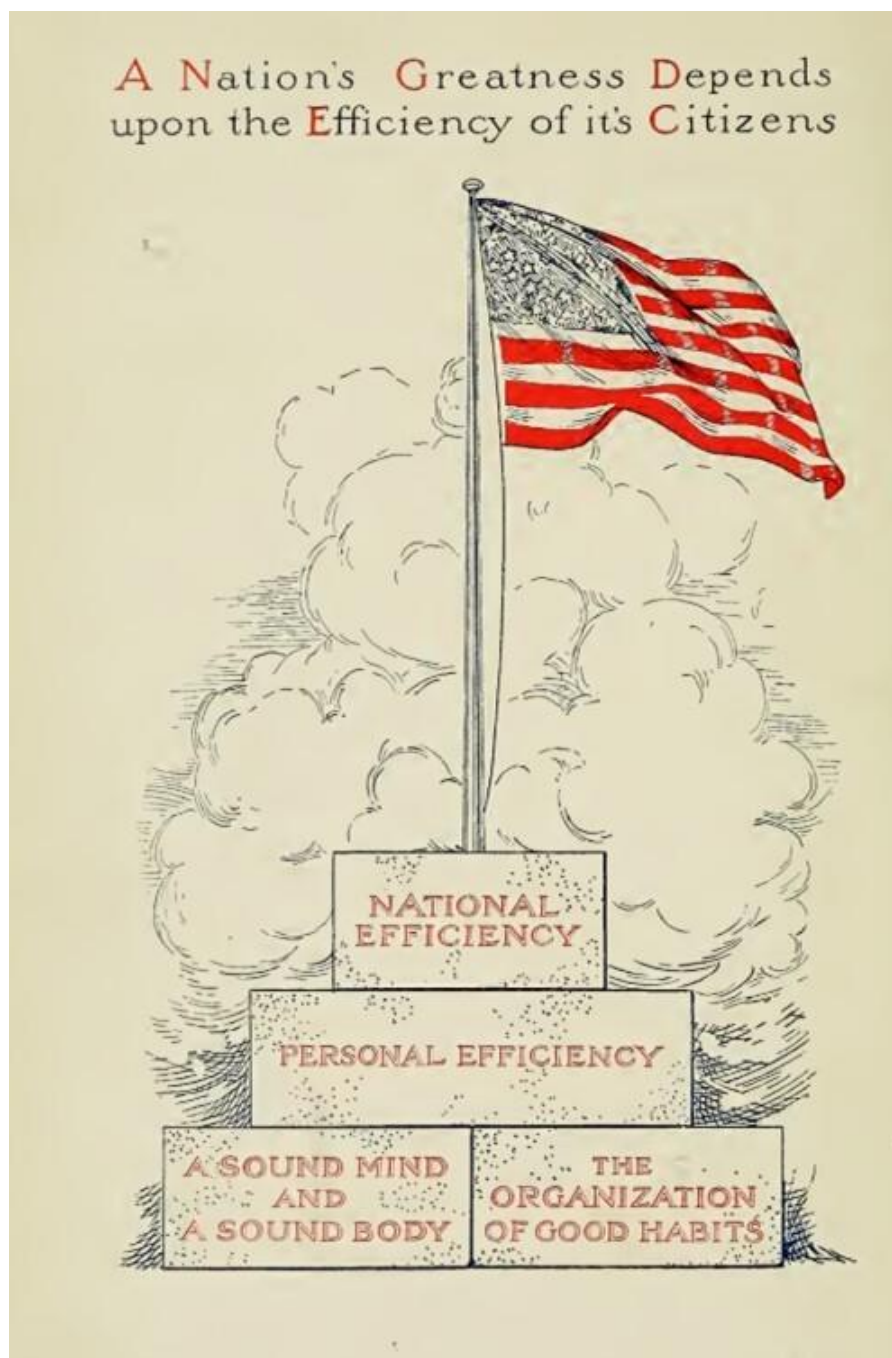


Ilustración 11. *A Nation's Greatness Depends Upon the Efficiency of t's Citizens*
«La Grandeza de una Nación Depende de la Eficiencia de sus Ciudadanos»

Ilustración que introduce el manual *Hand book of the Mental Hygiene Movement and Exhibit*, publicado por *The National Committee for Mental Hygiene* en 1913, tras su primera exposición pública. Comentada en el cuerpo del texto. Imagen de dominio público, sin restricciones de copyright conocidas.

¿Cuáles fueron «los más importantes problemas de la sociedad», que planteó inicialmente enfrentar el Comité Nacional de Higiene Mental?

¿Se puede hacer la vida más fácil, más feliz y más eficiente para la mayoría de los seres humanos? ¿Es posible controlar algunas de las causas que llevan al ser humano a cometer delitos? ¿Podemos evitar que los no aptos propaguen su especie? ¿Qué medidas pueden adoptarse para asegurar el desarrollo de una raza cuyas acciones estarán dirigidas más por la razón y menos por un sentimiento débil o una pasión bulliciosa? [...] Es para asistir en la realización de estos grandes objetivos [...] que se ha organizado el Comité Nacional para la Higiene Mental (NCMH, 1913, p. 14).

A partir del encuentro con Meyer el proyecto inicial de Beers, consistente en lanzar una organización lega, capaz de presionar una reforma en los manicomios para poner fin «al abuso físico», quedará desplazado por la constitución de un movimiento científico liderado por profesionales de la medicina, de la psiquiatría, y de la psicología, al servicio de la eficiencia de la Nación que, bajo la identificación entre los ideales de felicidad, eficiencia y salud en un mismo proceso de ajuste, deberá orientar su trabajo fundamentalmente a la *prevención y detección precoz* de toda suerte de individuos «inadaptados» (misfits), a fin de producir un cuerpo Nacional y racial sano. Movimiento doble en el que el poder biopolítico y el de soberanía se articulan productivamente, y dónde las estrategias profilácticas positivas del «hacer vivir» e incrementar las fuerzas, esto es, la *promoción* de la «salud mental» o del ajuste eficiente, quedarán complementadas por las estrategias profilácticas defensivas del «hacer morir», esto es, la eugenesia negativa, y la segregación institucional.

Analizaremos al detalle los despliegues biopolíticos del movimiento de higiene mental en el capítulo XIX. Valga ahora, tan solo aportar una puntualización más. Para ello nos valdremos, a título de ejemplo, del artículo publicado a finales de 1918 por William H. Burnham (1855–1941), psicólogo educativo, profesor de la *Clark University* y presidente de la *Massachusetts Society for Mental Hygiene*. El artículo, titulado *The Scope and Aim of Mental Hygiene* (Burnham, 1918), fue publicado justo después de la Gran Guerra, un esfuerzo Nacional sin precedentes al que el NCMH se entregó con entusiasmo, organizando un *War Work Committee* antes incluso de la entrada formal de EEUU en la primera Guerra Mundial, y liderando la Sección de Neurología y Psiquiatría de la Oficina General de Cirugía del Ejército, lo que le otorgará una gran visibilidad y empuje (Beers, 1921). Este artículo nos permitirá situar dos características fundamentales de la higiene mental, su eclecticismo que la llevará a incorporar toda suerte de tecnologías de control del factor humano, y su inscripción pedagógica en la producción de un tipo sujeto apto para el funcionamiento de una versión de la democracia liberal, que se sostiene en la *exceptuación* de determinados cuerpos;

aquellos que por su «dependencia», «ineficiencia» o «conducta delincuente» serán catalogados como débiles o enfermos mentales.

Entre las más recientes e importantes contribuciones a la higiene mental, Burnham citará: las lecciones de guerra respecto al *shell shock* (neurosis de guerra); los estudios fisiológicos recientes que habían «colocado la higiene mental sobre bases científicas sólidas»; los estudios psiquiátricos preventivos sobre la «reeducción» en intereses y hábitos saludables; los avances en la psicología con respecto a la educación en las «actitudes mentales», pero sobre todo —y este es para él el más relevante en conjunto— el conductismo de Watson a partir de los estudios de Pávlov que ha proveído a la higiene mental de «un método de ilimitada aplicación»; y, finalmente, los estudios psicoanalíticos de Freud y seguidores que han mostrado la «gran importancia de la vida emocional e instintiva en la infancia temprana» la cual, como veremos se convertirá en el locus de intervención por excelencia de la higiene mental (Burnham, 1918, pp. 749-753).

Las funciones y objetivos que Burnham atribuye al campo de la higiene mental revelan que no queda ya rastro alguno de mejora de las condiciones y abolición de las prácticas de violencia en los Hospitales de Estado, mientras se persiste en la articulación entre biopolítica y soberanía abalada por los ideales de salud, eficiencia y ajuste, que busca «salvar» a la sociedad en su conjunto. No obstante, a ésta se le introduce un nuevo objetivo pedagógico que se inscribe en una retórica patriótica de la democracia con tintes internacionalistas, dos elementos clave del despliegue estadounidense de higiene mental, sobre los cuales nos detendremos en lo que está por venir.

La higiene mental pretende salvar a la sociedad de la carga de la debilidad mental y la locura —una carga cuyo coste económico es enorme y cuyos resultados en dolor, miseria y delincuencia son incalculables. Sin embargo, su objetivo no es sólo la prevención de los trastornos mentales agudos, sino el desarrollo de intereses sanos y hábitos de actividad mental saludable en todos los niños y adultos normales —hábitos que garantizan la felicidad y la eficiencia, así como la cordura. Pretende nada menos que el desarrollo de la moral en todas las clases; pretende desarrollar ese patriotismo cotidiano que está dispuesto a sacrificar el interés personal por el bienestar del grupo social: la familia, la comunidad, la iglesia, el estado, el mundo. Pretende todo esto tanto para la salud del individuo como para el bienestar y la cordura del grupo social. Para alcanzar estos objetivos, la higiene mental aplicaría los sencillos principios fundamentales de la salud mental en el hogar, la escuela y todos los organismos de educación; aplicaría los principios de una democracia intrépida, especialmente en la educación, para dar a todos la oportunidad, según su habilidad, de desarrollar tanto la capacidad como la voluntad de servicio, y de convertirse en hombres superiores en algo, según sus talentos. Así, la democracia cotidiana, el patriotismo cotidiano y el servicio cotidiano son el resultado natural de la higiene mental (Burnham, 1918, p. 763).

Línea de fuga

En su despliegue preventivo de la salud mental, de cuyas líneas principales nos ocuparemos en el próximo capítulo, el movimiento de higiene mental acabó prácticamente, por ignorar y abandonar, a partir de aproximadamente 1920, a las personas locas institucionalizadas (Dain, 1989; Grob, 1983). No obstante, la *Henry Phipps Psychiatric Clinic* de la Universidad Johns Hopkins que abrió en 1912 y estuvo bajo la dirección de Meyer hasta 1941, tuvo una gran influencia en la conformación de la psiquiatría norteamericana y en la consolidación de Meyer como el psiquiatra norteamericano más influyente de la primera mitad del siglo XX. Fue de las primeras en Estados Unidos en integrar el tratamiento, la investigación y la formación, emulando, desde el enfoque meyeriano, la Clínica Psiquiátrica de Múnich. Además, inauguró el establecimiento de la psiquiatría como disciplina científica y académica de carácter autónomo en Estados Unidos, con la fundación del primer Departamento de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, también dirigido por Meyer. Desde esta institución de élite, Meyer, que fue apodado durante la primera guerra mundial como el *Dean of American Psychiatry* (Decano de la Psiquiatría Americana), ejerció un fuerte liderazgo. Formó, durante tres décadas, a varias generaciones de psiquiatras en su aproximación psicobiológica y en su eclecticismo, y controló en gran parte, los nombramientos académicos y las políticas estatales relativas a la formación y a la certificación en psiquiatría (Engela, 1995; Grob, 1983; Lamb, 2014; Lidz, 1966).

La reforma científica de la psiquiatría que promovía Meyer, además de generalizar las Clínicas Psicopáticas y los dispensarios comunitarios como espacios privilegiados de investigación y formación, y de instituir la psiquiatría como una disciplina académica con derecho propio, penetró los muros de algunas instituciones manicomiales Estatales, dónde los y las reclusas fueron exitosamente constituidos en «objetos de investigación científica». Tal fue el caso del *Trenton Estate Hospital* de New Jersey, dirigido bajo recomendación de Meyer desde 1907 por uno de sus protegidos, Henry Cotton (1876-1933), un joven psiquiatra al que Meyer había entrenado en el Hospital de Worcester, antes de continuar su formación de élite en Alemania con Emil Kraepelin y Alois Alzheimer (Lamb, 2014; Scull, 2005).

El caso de Cotton en el *Trenton Estate Hospital*, que fue revelado a finales de los 80 e investigado en profundidad por el sociólogo Andrew Scull (1987, 2005, 2022), nos permitirá ilustrar un vínculo que suele pasar desapercibido en la historiografía. Como vimos anteriormente, la decisión de proponer el termino de «higiene mental» y de hacer

vascular el movimiento fundamentalmente en torno a la prevención, estuvo motivada por el deseo de Meyer (1933, p. 495) de alejar a Beers «de la mera reforma de los hospitales psiquiátricos y sobre todo de la investigación legislativa oficial». Esta renuncia de Beers a la promoción de investigaciones oficiales, este desplazamiento del movimiento, de la cruzada contra el «abuso físico» a la *prevención* de la «enfermedad mental», tendrá horribles consecuencias para las personas que malvivan y mueran en los manicomios.¹⁵⁴ El propio Meyer acabó haciendo aquello que Beers tanto había denunciado: encubrir asesinatos.

Desde 1916, Cotton se venía dedicando a practicar cirugías para «curar» a los y las reclusas de su locura, bajo la hipótesis de que las infecciones focales bacterianas crónicas y enmascaradas (*chronic sepsis*) eran la causa de las psicosis funcionales (Cotton, 1923). Su teoría de la sepsis focal era uno de los desarrollos más destacados y prometedores del conjunto de «curas somáticas experimentales» para la locura, que empezaron a emerger en la primera década del siglo XX (Scull, 2005, 2022). Cotton, empezó arrancando dientes, luego pasó a extirpar amígdalas y de ahí a los órganos del tracto urinario y gastrointestinal (dónde el colon, la vesícula biliar, el apéndice, el estómago, las trompas de Falopio, el útero y el cuello de útero, los ovarios y la vesícula seminal, se constituyeron en las dianas de su bisturí) (Cotton, 1923; Scull, 2005; Whitaker, 2001). Practicaba estas diversas mutilaciones de manera forzosa, y a menudo sobre las mismas personas, en virtud del poder soberano que ostentaba en su reino manicomial.¹⁵⁵ En sus propias

¹⁵⁴ Scull (2005, p. 60) ha notado el hecho fundamental de que Beers «permitió que el distinguido profesor [Meyer] transformara los objetivos del comité, alejándolos de su interés original de detener el abuso de pacientes institucionalizados hacia el objetivo más amorfo de prevenir enfermedades mentales». Sin embargo atribuye este desplazamiento a un momento muy tardío diciembre del 1910. En esta fecha Meyer a fin de alejar a Beers del liderazgo del *National Committee*, le sugirió en su correspondencia trabajar como «inspector de las salas masculinas» en el *Trenton State Hospital*, indicándole que Paton ya se había puesto en contacto con Cotton para hacer los arreglos necesarios (Dain, 1980, p. 146). La interpretación de Scull es que Beers, al rechazar la oferta de «asistente glorificado» y enfadarse con Paton, y no con Meyer «el verdadero culpable», permitió que Meyer transformara los objetivos del Comité. El caso es los objetivos del Comité ya habían sido transformados por Meyer en la autobiografía de Beers (1908), y para esas fechas (1910), como vimos anteriormente, Beers ya hacía tiempo que estaba absolutamente convencido de que la principal función del Comité era la prevención (Winters, 1969, p. 429).

¹⁵⁵ Por ejemplo, una joven, Julia Thompson, diagnosticada de locura maniaco-depresiva y admitida en 1922 en el Hospital de Trenton, fue intervenida a los dos días de llegar; le extirparon las amígdalas. Nueve días después, fue sometida a una «colectomía total habitual», esto es a la extirpación de gran parte del intestino grueso, después de lo cual tuvo un afiebre intensa que duró más de un mes. Durante esta fiebre continuó la carnicería. Le extrajeron 16 dientes y le inyectaron vacunas, luego la consideraron mejorada y le dieron de alta. Ocho meses después, tras la muerte de su madre, Julia experimentó una «recaída», que cursó con vómitos y dolor de estómago, y la familia la volvió a ingresar en Hospital de Trenton. El personal anotó que «trataba de ocultar su dolor por miedo a una operación». La resistencia de Julia fue en vano. A las pocas horas de llegar, la llevaron forzosamente a la sala de operaciones. Le practicaron una laparotomía y una colostomía. Ocho días después murió de una peritonitis postoperatoria (Scull, 2005, p. 169).

palabras, realizaba las cirugías «frecuentemente contra los deseos del paciente», aunque también contra los de las familias (que ostentaban el poder legal decisorio del consentimiento) (citado en, Scull, 2022, p. 85).

Cotton aseguró que sus cirugías de «desintoxicación», con las que literalmente «limpiaba a los pacientes», incrementaron las tasas de recuperación del *Trenton State Hospital* a un 87%, lo que constituía un 47% más de «curaciones» (el porcentaje restante eran «remisiones espontáneas»). Los resultados que pregonaba superaban los de cualquier otra institución manicomial de la época, y se basaban en las mutilaciones efectuadas a 1,412 personas en un periodo de 5 años (Cotton, 1923, p. 461). Tras sus «métodos somáticos» subyacía la —recurrente— ambición de legitimar a la psiquiatría como ciencia médica. Los resultados que divulgaba, lo llevaron a la fama y constituyeron su Hospital en un fenómeno de vanguardia (Scull, 2005, 2022; Whitaker, 2001), permitiéndole «demostrar de forma concluyente» —contra el auge de las hipótesis psicogénicas— que los trastornos mentales se debían fundamentalmente a «una enfermedad del tejido cerebral y no a una mente perturbada» (Cotton, 1923, p. 438).

Las sospechas empezaron a cernirse sobre Cotton cuando dos psiquiatras y bacteriólogos, decidieron replicar sus aclamados métodos y presentaron sus resultados preliminares en la *American Psychiatric Association* en el verano de 1922 (Scull, 1987, 2005). Contra las afirmaciones de Cotton, y mediante uno de los primeros estudios de caso-control realizados en psiquiatría, Nicholas Kopeloff y George H. Kirby (1923, p. 192) obtuvieron «resultados insatisfactorios» respecto a la extirpación de «los dientes, el estómago, el intestino inferior y el cuello uterino», y concluyeron que las infecciones focales, no eran un «factor etiológico en las psicosis funcionales». A partir de entonces muchos de los colegas estadounidenses de Cotton, empezaron a pensar que sus violentos métodos eran arbitrarios y dañinos, por lo que, a fin de evitar la imposición de una investigación independiente, Cotton decidió avanzarse lanzando una investigación interna, y proponiéndole supervisarla a su antiguo maestro y protector, Meyer.

En 1924 Meyer, por entonces el psiquiatra más poderoso de Norteamérica, aceptó supervisar la investigación interna del *Trenton Estate Hospital*. Decidió, sin embargo, delegar el estudio a Phyllis Greenacre (1894-1989), una joven estudiante de la *Phipps Psychiatric Clinic* que luego destacaría como psicoanalista (Scull, 1987, 2005, 2022; Scull y Schulkin, 2009). Greenacre era, de entre las pocas mujeres en la *Phipps's Clinic*, la única que compaginaba el matrimonio y la maternidad con su carrera profesional, y Meyer le advirtió de que la investigación requeriría mucho tiempo alejada de su marido y sus dos hijos. Su matrimonio con Curt Richter (1894–1988), por entonces jefe del

laboratorio de psicobiología de la *Phipps's Clinic*, había dado lugar a una hija, Ann nacida en enero de 1921, y un hijo, Peter, nacido en mayo 1922 (Scull y Schulkin, 2009).

Como ha mostrado Scull (2005, p. 170) desde el primer día Greenacre se sintió inquieta por la multitud de internos e internas, en estado de desnutrición y sin dientes, y pocas semanas después averiguó lo engañoso de las estadísticas de recuperación afirmadas por Cotton. Pronto la investigación adquirió para ella una «cualidad de pesadilla», que se intensificó por la imperturbable confianza que Cotton y su asistente Robert Stone, profesaban a sus métodos quirúrgicos, y la convicción de que parte del personal era consciente de la brutalidad y las muertes que acontecían, aunque «cerraban los ojos por motivos puramente arribistas». Greenacre condujo su investigación en una atmosfera de palpable hostilidad, visitando tres veces por semana la institución de «pesadilla», revisando las estadísticas, las historias clínicas y haciendo por sí misma el seguimiento de las personas intervenidas dadas de alta; tardó casi dieciocho meses en completarla.

Meticulosamente documentados y reflejando muchas horas en el campo, los hallazgos de Greenacre asestaron un golpe aparentemente fatal a las afirmaciones de Cotton. Lejos de aumentar las curaciones, descubrió que los tratamientos de Cotton eran activamente dañinos, a menudo fatales. Apoyado por cuatro volúmenes de notas de casos, su informe concluyó que *“la tasa de recuperación más baja y la tasa de muerte más alta ocurren entre los casos funcionales que han sido tratados a fondo... el tratamiento mínimo se encontró en los casos recuperados y el tratamiento más completo en los grupos no mejorados y muertos... el tratamiento completo, incluida la operación abdominal, no sólo es peligroso para la vida, sino también ineficaz en el caso de quienes sobreviven.”* Miles de pacientes [...] habían sido mutilados por las operaciones de Cotton y cientos habían muerto (énfasis original, Scull y Schulkin, 2009, p. 25).

Antes de que Greenacre concluyera su investigación, el escándalo público ya había estallado de manera inesperada. Una comisión Estatal (la *Bright Commission*), que investigaba el «despilfarro» gubernamental, comenzó a hurgar en los asuntos del manicomio, atraída por los altos costos asociados a las «terapias» de Cotton. Las audiencias, por las que durante dos meses desfilaron expacientes, familiares y antiguos miembros del personal, proporcionaron titulares espeluznantes en la prensa estatal sobre «la brutalidad de los asistentes del hospital, las muertes inexplicables, las personas internas siendo arrastradas pateando y gritando a quirófanos dónde eran sometidas a cirugías experimentales de mutilación...» (Scull, 1987, p. 571).

En este contexto, Meyer se concentró en evitar que los hallazgos de Greenacre salieran a la luz, llegando a entrenarla para que cuando la interrogaran diera respuestas «adecuadas»: no nombrar la crueldad que había visto, ni las cirugías sin consentimiento de las familias —pues la «palabra loca» legalmente no contaba—, decir que su investigación no estaba acabada por lo que no tenía resultados concluyentes acerca de si

las cirugías estaban justificadas (Scull, 1987, p. 571). Tras otras intervenciones protectoras, la investigación estatal acabó descartando todas las alegaciones como maliciosas e infundadas. En lo consecutivo, Meyer también se aseguró de ocultar los hallazgos de Greenacre, le prohibió publicarlos, archivó la causa, y la amenazó con un «suicidio profesional» si ignoraba sus indicaciones (Scull, 2005, p. 289).

Como concluyó Scull (2005, p. 277) el papel de Meyer en el encubrimiento de los asesinatos «fue más allá de un silencio cómplice para abrazar el deseo de ver el experimento quirúrgico llevado a su extremo lógico (temiendo, como él lo expresó, que la oportunidad para explorar el valor potencial de eliminar la sepsis de otro modo nunca se repetiría». Meyer silenció a Greenacre y enterró la revisión más completa y sistemática de las actividades de Cotton en sus archivos personales, permitiendo que Cotton continuara sin control hasta su muerte. Además, en 1927, cuando ambos viajaron a el Reino Unido, y ya estaban claros los hallazgos de Greenacre, Meyer permitió que los tortuosos y mortales métodos de Cotton encontrarán un terreno de clamorosa recepción, en el congreso anual de la *British Medical Association*, ampliamente dedicado a las virtuosidades del tratamiento contra la sepsis focal de Cotton, uno de sus invitados por excelencia (William Hunter, 1927; Scull, 1987, 2005, 2022).¹⁵⁶

Cuando Cotton murió en 1933, Meyer (1934) decidió dedicarle un obituario en la plataforma profesional más destacada de Estados Unidos, la *American Journal of Psychiatry*. Allí presentó a Cotton como «una de las figuras más estimulantes de nuestra generación», y elogió su mortífera empresa «como el logro más notable de un espíritu pionero». Además, estimuló la continuidad de su trabajo «a través de la observación y comparación prolongadas» mientras lamentaba que la exploración más profunda de los métodos de Cotton tuviera que llevarse a cabo «sin el espíritu conductor y activo del protagonista sincero y convencido» (Scull, 2005, p. 227).

Aunque las intervenciones somáticas experimentales de Cotton pronto perdieron su popularidad, su importancia fue clave. La teoría de la sepsis focal «fomentó que se prestara mayor atención a la salud física de los y las pacientes psiquiátricas [...] y contribuyó a establecer la hegemonía ideológica del tratamiento somático en la psiquiatría institucional, ayudando a allanar el camino para la oleada de experimentación con tratamientos físicos que tendría lugar en la década de 1930» (Fennell, 1995, pág. 121). Entre estos tratamientos somáticos experimentales y de

¹⁵⁶ Toda la sesión de la reunión conjunta entre la *Royal Medico-Psychological Association* y la sección de trastornos mentales de la *British Medical Association* estuvo dedicada a una serie de artículos que alaban los méritos de la teoría y el tratamiento de la infección focal de Cotton (Scull, 1987, 2005).

carácter forzoso, cuya consolidación y expansión en Estados Unidos Meyer apoyó activamente a pesar de sus efectos mortales,¹⁵⁷ figurarán la lobotomía, el choque por metrazol, el choque insulínico y el electrochoque.

Por otro lado, el ejercicio preventivo al que se dedicó el movimiento de higiene mental —que llevará a una medicalización ubicua de la vida— lejos de erradicar la «sobrepoblación manicomial», esto es, el principal problema que prometía solucionar la apuesta preventiva en la autobiografía de Beers (1908), la incrementó. Su *scanning* poblacional, que abarcaba todas las clases sociales, entró en retroalimentación con la estrategia defensiva de encierro e institucionalización para toda suerte de sujetos peligrosos, inadaptados, ineficientes o «incapaces de auto sostenimiento» (Everett, 1994; Whitaker, 2001).¹⁵⁸ Según Gerald Grob (1983, p. 181), en el periodo que va de 1903 a 1940 el número de personas a quienes se les atribuía una «enfermedad mental» internadas en hospitales Estatales estadounidenses prácticamente se cuadruplicó, pasando de unas 150.000 a 445.000, en parte debido al mayor número de personas internas de edades avanzadas. En este lapso se pasó de unos 131 Hospitales Estatales a 181, cuyo promedio de pacientes había aumentado de 962 a 2.316, siendo que algunos hospitales albergaban a más de 4.500 personas (Whitaker, 2001, p. 68).

Cuando cerca de 2.000 pacifistas objetores de conciencia de la Segunda Guerra Mundial, fueron asignados a trabajar en los Hospitales de Estado estadounidenses, sus denuncias los hicieron públicamente visibles como espacios superpoblados, donde reinaban la violencia, el abuso físico y las prácticas de contención. Ante tales denuncias, la falta de personal calificado y el carácter no-médico en estas instituciones totales, será de nuevo constituido como «el problema» que habrá de solucionarse (Grob, 1991a; Pratt, 1947; Whitaker, 2001).

Por ejemplo, en 1946, Albert Q. Maisel publicó un artículo en la revista *Life* titulado *Bedlam 1946: Most U.S. Mental Hospitals are a Shame and a Disgrace* que se basaba principalmente en las experiencias de estos objetores de conciencia. Maisel (1946)

¹⁵⁷ Meyer, favoreció públicamente y apoyo intelectualmente la experimentación con la lobotomía que empezó a acontecer en Estados Unidos en la segunda década de los años 30 de la mano de Walter Freeman (1895-1972) y James Watts (1904-1994), la cual, en su despunte inicial recibió duras críticas de sus colegas. Ante éstas, Meyer, encontraba el daño de los lóbulos frontales (lobotomía prefrontal) «muy interesante» y acorde con «los hechos disponibles». El apoyo privado que continuó proporcionando a Freeman, quien en los años 50 se lanzó a la mayor cruzada lobotomizadora jamás acontecida, incluía reuniones en las que examinaban juntos «los cerebros de pacientes lobotomizados que habían muerto durante o inmediatamente después de la operación» (Scull, 2005, pp. 286-287).

¹⁵⁸ Contra el incremento de la población institucionalizada, los sistemas de *parole* (libertad condicional), que venían desarrollándose en los manicomios estadounidenses desde finales del s XIX, fueron ineficientes. Sobre éstos véase Grob (1983). Nos ocuparemos del desarrollo del sistema de *parole* en el próximo capítulo, y tomando como centro la figura de las personas consideradas «mentally defective».

comparó implícitamente las condiciones de los Hospitales Estatales Estadounidenses con las de los campos de concentración Nazis hechas públicas recientemente. Visibilizó el hacinamiento, las palizas brutales frecuentes, los asesinatos de pacientes a manos de sus asistentes, la desnudez en la que eran mantenidos hombres y mujeres, el uso generalizado de camisas de fuerza, manguitos y otros métodos de contención, la hambruna y el frío, la administración de potentes drogas para el control de las personas en ocasiones hasta la muerte, los trabajos forzosos durante largas jornadas, etc. Como muchos otros, asoció esta brutalidad imperante a la superpoblación y la pobre capacitación de los médicos y el personal. Al final de su artículo, llamó al público a «poner fin a los campos de concentración que se hacen pasar por hospitales y hacer de la curación en lugar del encarcelamiento el objetivo de las instituciones mentales» (Maisel, 1946, p. 118). Para él, la generalización del objetivo curativo de estas instituciones cuyo problema era que cumplían meramente un objetivo custodial y de encierro, pasaba por implementar las *special therapies*, esto es, la «esperanza» que ofrecía la «medicina moderna» (Maisel, 1946, p. 113). Estas *special therapies* de la época, incluían además de la terapia ocupacional, todo el arsenal de «curas somáticas» que venían experimentándose contra la voluntad de los y las internas, entre ellas, como hemos señalado, la lobotomía el electrochoque, el choque insulínico y el choque por metrazol.¹⁵⁹

En la misma línea, el periodista Albert Deutsch, en su influyente libro *The Shame of the States* (1948), aportó más evidencia a la catástrofe estableciendo de nuevo la comparación entre los campos de concentración nazis y los manicomios estadounidenses.¹⁶⁰ Llegó a describir la situación en términos de «eutanasia» por «negligencia» y atribuyó de nuevo la tragedia a la falta de personal y de tratamientos curativos, señalando como modelo de reforma el Hospital Estatal de Brooklyn, pues allí «prácticamente todos los pacientes que ingresan tienen la oportunidad temprana de recibir terapia de choque» (Whitaker, 2001, p. 69;103).¹⁶¹

¹⁵⁹ Sobre el uso del concepto *special therapies* a mediados del siglo XX véase (Dorcus y Shaffer, 1945; Penrose, 1944; Stevenson, 1944).

¹⁶⁰ «Mientras pasaba por algunas de las salas de Byberry, recordé los campos de concentración nazis en Belsen y Buchenwald. Entré en edificios repletos de humanos desnudos arreados como ganado y tratados con menos preocupación, impregnados de un olor fétido tan pesado, tan nauseabundo, que el hedor parecía tener casi una existencia física propia. Vi a cientos de pacientes viviendo bajo techos con goteras, rodeados de paredes mohosas y deterioradas, y tirados sobre pisos podridos por falta de asientos o bancos» (citado en, Whitaker, 2001, p. 67).

¹⁶¹ Para una discusión más detallada sobre la situación de las instituciones manicomiales estadounidenses a finales de los 40, y las derivas de esta crisis reformista véase entre otros, Dallas Pratt (1947), Gerald Grob (1991) y Robert Whitaker (2001).

En cualquier caso, lo evidente es que la nueva «solución» medicalizadora y reformista de los manicomios, aquélla que los legitime como instituciones curativas de carácter médico, pasó por generalizar el conjunto de «curas somáticas milagrosas» que venían siendo introducidas desde los años 30 en las instituciones psiquiátricas «científicamente avanzadas» esto es, brutales intervenciones forzosas, cuyo común denominador será el terror y el daño cerebral que producen (Dain, 1989; Grob, 1991a; Scull, 2022; Whitaker, 2001). Contra aquellas formas de mutilación, tortura y control mental que persistieron en los 70 —choque insulínico, lobotomía y electrochoque—, se levantarán simultáneamente en diversos territorios nacionales, los primeros movimientos sociales de personas psiquiatrizadas, que aparecieron en el contexto del giro hacia la desinstitucionalización, allí donde la psiquiatría estaba más profundamente implementada, esto es, en Norteamérica y en Europa.¹⁶²

¹⁶² De la emergencia de los primeros movimientos sociales autogestionados por personas psiquiatrizadas nos ocuparemos en el Capítulo VII.

La higiene mental en acción: de la eugenesia a la ingeniería de la personalidad

El movimiento de higiene mental se desarrolló en un contexto marcado por la implosión en Estados Unidos de todo un conjunto de innovadoras técnicas «científicas» centradas en el control y la administración eficiente del «factor humano» de la Nación. Entre estos desarrollos biopolíticos de la segunda década del siglo XX,¹⁶³ además de la diseminación de la agenda eugenésica, destacan: a) el «diluvio psicoanalítico» que siguió a la visita de Freud y Jung al territorio estadounidense en 1909; b) el surgimiento y expansión del taylorismo a partir de la publicación de *The Principles of Scientific Management* (1911/1919) que, si bien se centró en incrementar la productividad y combatir la ineficiencia en el ámbito de las relaciones industriales, también promoverá la aplicación de los principios científicos de la eficiencia a toda suerte de ámbitos sociales¹⁶⁴; c) el surgimiento y la expansión del conductismo de John B. Watson a partir de la publicación de *Psychology as the Behaviorist Views It*, que inaugurará la psicología funcionalista y biologicista del estímulo-respuesta orientada a «la predicción y el control de la conducta» humana (Watson, 1913, p. 153) y; d) la expansión masiva de los test de inteligencia como nueva técnica de administración de las poblaciones a través de la medición de sus mentes, que siguió a la publicación de la *Stanford Revision of the Binet-Simon Scale* (Terman, 1916) en el contexto de la entrada de Estados Unidos a la Gran Guerra. En el periodo de entreguerras, en el que todas estas técnicas continuaron sus desarrollos, derivas e interpenetrancias, Estados Unidos continuó innovando en términos de «ingeniería humana». Será allí dónde aparezcan los primeros intentos de «correlacionar» o «sintetizar» los conocimientos científicos en torno a la «naturaleza humana», provenientes de la biología y de las ciencias sociales, con el objetivo de prevenir e intervenir en toda suerte de problemas gubernamentales y humanos. Allí

¹⁶³ Esta implosión de técnicas de conducción de conductas acontecida en la primera década del siglo XX en Estados Unidos ha sido puesta de manifiesto en las genealogías de Françoise Castel, Robert Castel y Anne Lovell (1979) en torno al modelo psiquiátrico norteamericano, y en la genealogía de Fernando Álvarez-Uría y Julia Varela (1994) en torno al despliegue de las redes de la psicología.

¹⁶⁴ Taylor propone desarrollar un hombre más «competente» y «eficiente», un hombre de «primera clase», a partir de la gestión sistemática y científica del sistema en el que está inserto. Los principios científicos que propugna, más allá de las relaciones industriales y manufactureras, pueden ser aplicados «con igual fuerza a todas las actividades sociales: a la gestión de nuestros hogares; la gestión de nuestras fincas; la gestión de los negocios de nuestros comerciantes, grandes y pequeños; de nuestras iglesias, nuestras instituciones filantrópicas, nuestras universidades y nuestros departamentos gubernamentales» (Frederick Winslow Taylor, 1919, p. 8). En virtud de lo anterior será considerado como el padre del movimiento más destacado de la era progresista estadounidense, el *efficiency movement*, que se desarrolló también en Gran Bretaña y otras naciones industriales a principios de los años 20. Para una genealogía sobre el concepto de *eficiencia* y un análisis exhaustivo de la obra de Taylor véase *The mantra of efficiency: From waterwheel to social control* (2008) de Jennifer Alexander.

nacen, junto a la psicología social, los primeros impulsos *interdisciplinarios* que luego veremos funcionar en el contexto de reconstrucción internacional que siguió a la Segunda Guerra Mundial. En este afán interdisciplinario, destacó el objeto de estudio de las «relaciones humanas» que, lejos de remitirse únicamente a la técnica de gestión industrial desarrollada por Elton Mayo en la década de los años 30 en torno a la influencia de las relaciones grupales en la productividad, tendrá un amplio alcance en lo que respecta a la constitución histórica de la OMS y del campo de acción internacional de la salud mental.

En este capítulo, mi objetivo es explorar y analizar tres líneas de desarrollo concretas del movimiento de higiene mental estadounidense que se desplegaron en interpenetrancia con las innovaciones que he mencionado anteriormente en torno al control y la administración del factor humano. He escogido aquéllas que, a mi juicio, nos permiten trazar de un modo preciso algunos de los antecedentes fundamentales, de la emergencia del derecho humano a la salud y el campo de acción internacional de la salud mental. Estas tres líneas de desarrollo consecutivas y superpuestas en las que quedó inserta la higiene mental son: a) la *eugenésica*, que focalizaré en la cruzada contra las personas etiquetadas como defectuosas o débiles mentales (*mentally defective or feeble-minded*) en interpenetrancia y reconfiguración con la aplicación de los test de inteligencia; b) el lanzamiento y la expansión por parte del movimiento de higiene mental del *Child Guidance Movement* (Movimiento de Orientación Infantil), el cual situaremos a partir de la saliencia que adquiere el concepto de «personalidad» en el periodo de entreguerras como objeto sobre el que se despliegan técnicas de modulación de la plasticidad humana; y c) la constitución del campo de estudio y de acción interdisciplinar de las «relaciones humanas» (*human relations*), al cual nos aproximaremos a partir del contexto de emergencia y de los despliegues en términos de ingeniería humana, del *Yale Institute of Human Relations* (1929). Este último caso nos permitirá analizar los desplazamientos que subyacen al proyecto de *pacificación mundial* que promulgará la alianza entre las ciencias humanas tras la segunda guerra mundial, y desde el cual despuntará el proyecto de salud mental de la OMS.

La cruzada eugenésica y el «defecto mental»

Uno de los primeros «objetos» diferenciados de la locura que el NCMH introdujo en su campo de acción fue el del «defecto» o la «debilidad mental» (*mental defect or feeble-mindedness*) que venía constituyéndose con la importación de las teorías de la degeneración desde finales del siglo XIX, y cobro más importancia con el redescubrimiento de las leyes de Mendel sobre la transmisión de la herencia genética y el surgimiento de la eugenesia. Este campo de acción estrechamente vinculado al estudio de las genealogías familiares y a las nociones de incurabilidad y heredabilidad, apareció ya plenamente formulado en la primera conferencia y exhibición pública del NCMH, que tuvo lugar en el marco del Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Washington en 1912 (NCMH, 1912, 1913). Tras diversas dificultades de financiación que pudieron ser salvadas gracias a la donación de 50,000\$ de Henry Phipps, la participación del MHM en este congreso internacional, constituyó su entrada oficial al «campo de la medicina preventiva organizada» (Beers, 1921, p. 312).

En el capítulo anterior vimos como el *Hand Book of the Mental Hygiene Movement and Exhibit* (1913) —el primer manual educativo dirigido al público general que produjo el movimiento de higiene mental después de su participación en este Congreso Internacional— prometía producir una raza y una Nación, sana, eficiente y feliz, apoyándose en la concepción de la salud típicamente meyeriana en tanto proceso de ajuste del individuo a las demandas ambientales. Este objetivo, dijimos, revela la articulación entre biopolítica y soberanía, en un doble movimiento dónde la promoción positiva del ajuste de unos a las «demandas ambientales», típicas del capitalismo industrial y patriarcal, debía acompañarse de estrategias de defensa y muerte social orientadas a evitar la reproducción de los sujetos considerados como constitucionalmente «no aptos».

En esta línea, el despliegue inicial del movimiento de higiene mental en el campo de la prevención contribuyó notablemente a la diseminación de la racionalidad eugenésica en Estados Unidos. La eugenesia, que empezó a despuntar en su vertiente aplicada en el territorio estadounidense —recordemos que Indiana fue el primer estado del mundo que aprobó una ley de esterilización forzosa en 1907— pero que no encontró en este terreno su momento de mayor auge hasta los años 20, fue precisamente la primera línea de acción «preventiva» que el NCMH propugnó en su exposición pública de 1912.¹⁶⁵ En su

¹⁶⁵ Para una panorámica histórica del movimiento eugenésico en Estados Unidos véanse sobre todo: *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*, de Daniel Kevles (1986) y;

vertiente *positiva* —decía el manual— la eugenesia debía promover la educación «en los hechos de la herencia y el cultivo de ideales con respecto al matrimonio y la parentalidad/maternidad [*parenthood*]»; y en su vertiente *negativa*, radicaba en promulgar legislación que «deniegue el privilegio de parentalidad/maternidad a las personas manifiestamente no aptas», y en aplicar métodos «eficientes y humanos» para examinar a las personas inmigrantes con el objetivo de excluir de la entrada a la Nación a quienes presentasen «enfermedades mentales» o «defectos» (NCMH, 1913, pp. 17-18).¹⁶⁶ Esta retroalimentación entre higiene mental y eugenesia, también se refleja en las actividades y filiaciones de muchos de sus líderes.

Por ejemplo, el psiquiatra Thomas W. Salmon (1876-1927), desde 1912 Director Médico de NCMH y máximo responsable de su programa científico durante los siguientes diez años, era experto en la práctica de la «prevención» mediante la deportación: un objetivo eugenésico que vemos reflejado en la exposición de 1912. Salmon, había servido en 1904 en la *Immigration Station* del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, que actuaba en la isla de Ellis, dónde se situaba el puerto con mayor recepción de emigrantes en un momento en que se alcanzaban cotas históricas. Por entonces, llegaban a la isla de Ellis unas 5000 personas diarias, en su mayoría provenientes del sur y el este de Europa. El trabajo de Salmon consistía en organizar sus exámenes psiquiátricos y ordenar la deportación de aquellas personas que mostrasen evidencia de locura, idiocia o epilepsia, tal y como lo establecía la ley federal (*Immigration Act of March 3, 1903*), entre muchas otras condiciones.¹⁶⁷ Y es que la eugenesia, en el *melting pot* estadounidense, despuntó como una nueva estrategia para excluir a inmigrantes. Salmon, que era bien consciente de esta particularidad, en 1913 dijo que la «inmigración [...] más que las tasas de natalidad, las tasas de mortalidad o

Keeping America sane: Psychiatry and eugenics in the United States and Canada, 1880-1940, de Ian Dowbiggin (1997). Así mismo, la enciclopedia The eugenics movement de Ruth Engs (2005), está también centrada en el campo estadounidense.

¹⁶⁶ El resto de las reivindicaciones de NCMH en esta primera exposición pública convergen en la medicalización: la «educación médica» y la «educación de la sociedad», el «servicio social» que debe asistir al ajuste social y la adaptación del empleo a la capacidad de los individuos en riesgo de trastorno mental; dispensarios comunitarios en conexión con los hospitales; examen psiquiátrico sistemático de los niños y niñas escolarizados; creación y expansión de los hospitales psicopáticos; transferencia de la responsabilidad de los internamientos psiquiátricos de los jueces y policías a los médicos; extensión de los internamientos de «emergencia» y de los internamientos «voluntarios»; desarrollo de la investigación en patológica, estadística, clínica, y de trabajo de campo; aumento de personal en las instituciones, etc. (NCMH, 1913).

¹⁶⁷ La lista de personas extranjeras a excluir que esta ley promulgana es larga, entre ellas también figuraban: pobres y mendicantes, anarquistas, prostitutas, personas con antecedentes de locura, personas con enfermedades contagiosas, delincuentes «morales», y personas polígamas. Esta ley también permitía deportar a las personas inmigrantes que durante los tres primeros años anteriores a su llegada fueran internadas en los *Estate Hospitals*. Sobre la actividad preventiva de Salomón en temas de inmigración véase Johannes Coenraad Pols (1997, pp. 127-132).

cualquier otra causa» era el factor principal que determinaba «la composición racial de nuestra población», por lo que en Estados Unidos, era precisamente la inmigración la que proporcionaba el «material para un vasto experimento en eugenesia» orientado a «producir una nueva raza de inusual vigor y eficiencia» (Salmon, 1913, p. 241).

Pero Salmon no fue el único. Por ejemplo, Stewart Paton, miembro fundacional del NCMH, que había recomendado a Beers contactar con Meyer, formó parte de la *American Breeders Association* (constituida en 1903) que fue la primera asociación nacional eugénica en Estados Unidos (Kimmelman, 1983), y en mayo del 1911 participó en el Comité de Investigación de su Sección Eugenésica, cuyo objetivo era plantear las mejores medidas para eliminar «el germoplasma defectuoso en la población Americana» (Davies, 1923, pp. 59-61).¹⁶⁸ La *Eugenics Research Association* (1913-1938) también contó con notables líderes del movimiento de higiene mental, entre ellos Adolf Meyer, que la presidió en 1916, y Stewart Paton que la presidió en 1919 (Dowbiggin, 1997; Rogers, 1965; Whitaker, 2001). Lo mismo sucede con la *American Eugenics Society*, que surgió del *Second International Congress of Eugenics* celebrado en 1921 en Nueva York, a partir de un proceso constituyente iniciado por un consejo asesor que culminó en 1922, y del que Meyer formó parte (Dowbiggin, 1997; Osborn, 1974; Whitaker, 2001). Esta breve sinopsis incluye las dos organizaciones con más influencia en las leyes de esterilización forzosa que fueron promulgadas a lo largo y ancho de los Estados Unidos; esto es la *American Breeders Association* y la *American Eugenics Society* (Reilly, 1987, p. 159).¹⁶⁹

Beers (1921, pp. 300-301) explicó la «ampliación» del campo de intervención de la higiene mental más allá de la locura, hacia el «defecto mental», no a partir de su hermanamiento en la degeneración y la eugenesia —palabras que, sin duda, procuraba

¹⁶⁸ «En el programa propuesto por el comité, la esterilización se defiende solo como apoyo a la característica más importante de la segregación cuando esta última agencia no funciona de manera eugenésica. La relación entre estos dos organismos es automática, pues se propone esterilizar únicamente a aquellos individuos que, por el debido proceso de ley, hayan sido declarados socialmente inadecuados y hayan sido puestos bajo custodia del Estado, y se sepa que poseen potencialidades cacogénicas. El comité ha asumido que la sociedad debe, a toda costa, proteger a su ganado reproductor, y aboga por la esterilización solo como complemento a la función de segregación del programa, que es igualmente eficaz eugenésicamente y más eficaz socialmente» (citado en, Davies, 1923, p. 61).

¹⁶⁹ Meyer personalmente rechazó la traducción de los hechos de la herencia en leyes que denegasen forzosamente el matrimonio, pero no para todos los casos, excluía del «privilegio» del matrimonio por ejemplo a «imbéciles» y «psicópatas» (Adolf Meyer, 1919). Había en él un rechazo al dogmatismo de las teorías degeneracionistas y una aceptación de lo que consideraba hechos científicos válidos sobre la herencia. Su postura optaba por una política educativa del «sentido común» que inculcase los modos de vida adecuados y respetables con respecto al matrimonio. Condenaba la reproducción de los débiles mentales, mientras reconocía que nadie estaba a salvo de dar lugar a alguno (Adolf Meyer, 1919). Para una discusión de este asunto véase también (Dowbiggin, 1997, p. 227).

evitar—, sino a través del impulso humanitario que trajo la incorporación al NCMH en 1912 de Walter E. Fernald (1859-1924), Superintendente de la *Massachusetts School for Feeble-minded* en Waverley, y líder estadounidense en el campo de la «deficiencia mental». ¹⁷⁰ No obstante, para Fernald (1912, p. 912), al igual que para Morel o Lombroso, el «defecto mental» marcaba un grupo de personas, natural y hereditariamente emparentadas desde la flexibilidad causal que proporcionaba la matriz de la degeneración, con la locura, el alcoholismo, la prostitución, la epilepsia, la inmoralidad, las enfermedades venéreas, la criminalidad y la venerable «pobreza hereditaria»: todas ellas eran «expresiones de la misma inferioridad fundamental», conformando, por así decirlo, una misma familia de subhumanos. Además, entre todas estas subespecies «degeneradas» y socialmente «inaptas», que suponían una carga insostenible y un peligro biológico para el cuerpo Nacional, la deficiencia o debilidad mental (*feeble-mindedness*), destacaba como el enemigo número uno: era «la madre del crimen, la pauperización y la degeneración». ¹⁷¹

La cruzada eugenésica contra la «debilidad mental» se asentaba en el pánico sobre la reproducción potencial de personas constituidas como «criminales potenciales, necesitando solo el ambiente y la oportunidad adecuada para el desarrollo y la expresión de sus tendencias criminales» (Fernald, 1912, p. 912). Las mujeres debían ser particularmente perseguidas en tanto úteros reproductores del defecto mental y difusoras de la enfermedad venérea, además su «sexualidad inmoral», y tendencia a la prostitución, a la descendencia ilegítima, y al matrimonio con los sujetos «aptos», debía ser fulminantemente atajada. Ante tales peligros, la solución de la esterilización forzosa no resolvía el problema. En la medida en que la presencia de mujeres estériles en las comunidades podría alentar una «sexualidad inmoral» que diera lugar a la transmisión de enfermedades venéreas, debía ser complementada con la «segregación permanente» en instituciones específicas para débiles mentales, así como con la educación pública

¹⁷⁰ Fernald fue heredero de la primera institución estadounidense dedicada al defecto mental, aquella que había seguido los pasos del alienista francés Édouard Séguin, quien había emigrado a EEUU en 1849, y quién -como vimos anteriormente- fue el primero en establecer la diferencia entre «enfermedad mental» e «imbecilidad o idioicia», esto es, el padre de las escuelas especiales. Sobre esta cuestión pueden verse, entre otros, el trabajo de James W. Trent *Inventing the Feeble Mind: A History of Mental Retardation in the United States* (1995), y la compilación editada por Steven Noll y Trent James W. *Mental Retardation in America* (2004), los cuales constituyen probablemente los estudios más completos sobre la historia de la «deficiencia mental» en Estados Unidos.

¹⁷¹ «El estudio intensivo moderno de los árboles genealógicos de individuos degenerados, dementes, epilépticos, criminales, prostitutas, pobres hereditarios y débiles mentales ha enfatizado el hecho de que estas diversas condiciones de degeneración son a menudo simplemente diferentes fases o expresiones de la misma inferioridad fundamental. En estas familias degeneradas la forma del defecto varía de generación en generación, debilidad mental en una generación, pauperismo o criminalidad en la siguiente, y luego alguna forma de locura, alcoholismo, etc. Se ha dicho con verdad que la debilidad mental es la madre del crimen, la pauperización y la degeneración» (Fernald, 1912, p. 912).

sobre los hechos de la herencia y el matrimonio. Esta será la primera respuesta contra la amenaza de los y las «defectuosas mentales».

La esterilización quirúrgica obligatoria de todas las personas defectuosas se propone como un método radical para prevenir la debilidad mental hereditaria [pero...] la presencia de estas personas estériles en la comunidad, con deseo y capacidad sexual sin igual, sería un fomento directo del vicio y una fuente profiláctica de enfermedades venéreas. La esterilización no sería un sustituto eficaz y seguro de la segregación y el control permanentes (Fernald, 1912, p. 914).

Al fin y al cabo, Fernald no hacía más que difundir las directrices eugenésicas de la época que su colega Paton había contribuido a promulgar. Entre las diferentes estrategias que los miembros del Comité de la Sección Eugenésica de la *American Breeders' Association*, habían considerado para «purgar de la sangre de la raza las cepas innatamente defectuosas» (1. Segregación de por vida —o durante el periodo reproductivo—; 2. Esterilización; 3. Restricción de matrimonios; 4. Educación eugénica; 5. Sistemas de apareamiento; 6. Mejoras ambientales generales; 7. Poligamia; 8. Eutanasia; 9. Neomaltusianismo y; 10. *Laissez-faire*), escogieron como primera opción la segregación permanente complementada con la esterilización, mientras condenaron las cuatro últimas (Davies, 1923, pp. 59-61).¹⁷²

En cualquier caso la esperanza de Fernald en su entrada al NCMH, dónde podía catalizar «la acción concertada de la profesión médica», radicaba en crear «un fuerte sentimiento público que exigirá un plan rápido y efectivo para el cuidado adecuado de todos los débiles mentales del estado y para la eliminación de la debilidad mental en la medida de lo posible» (Fernald, 1912, p. 915). Dónde el «cuidado» es un eufemismo para referir «la segregación y control permanentes», en un entramado en que la utopía médica movilizadora es la extinción de los y las «débiles mentales», y con ella la de los males que les son asociados.

¹⁷² «En el programa propuesto por el comité, la esterilización se defiende solo como apoyo a la característica más importante de la segregación cuando esta última agencia no funciona de manera eugenésica. La relación entre estos dos organismos es automática, pues se propone esterilizar únicamente a aquellos individuos que, por el debido proceso de ley, hayan sido declarados socialmente inadecuados y hayan sido puestos bajo custodia del Estado, y se sepa que poseen potencialidades cacogénicas. El comité ha asumido que la sociedad debe, a toda costa, proteger a su ganado reproductor, y aboga por la esterilización solo como complemento a la función de segregación del programa, que es igualmente eficaz eugenésicamente y más eficaz socialmente» (citado en, Davies, 1923, p. 61).

La cruzada contra las personas constituidas como «defectuosas mentales», se vio interferida, intensificada y desplazada con los avances de la psicología diferencial en el campo de los test de inteligencia. Théodore Simon y Alfred Binet, habían desarrollado una escala en 1908 estandarizada por edad para determinar la inteligencia general de niños y niñas en el contexto de institución de la escolarización obligatoria en Francia, y en otros países europeos, que, partiendo del estudio de la infancia «anormal» o «inadaptada», definía la inteligencia como *adaptación* (Álvarez-Uriá y Varela, 1994). Esta escala, diseñada para medir las «aptitudes» e «inaptitudes» de niños y niñas estaba orientada a discriminar quiénes requerirían institucionalización —educación especial—, pero además, para Binet permitiría «hacer conocer a cada uno su valor y la profesión a la que su naturaleza le destina [...proporcionando así] servicios incommensurables a todos». ¹⁷³ Los test de inteligencia partían de esta promesa de predestinación y perfecto encaje en el orden social: hacer conocer tempranamente a cada quien su «valor» y potencial «utilidad social» para —en base a tan confiable certificación— prepararle para el futuro que se le habrá de asignar. Es natural que la medición de la inteligencia tuviese tan buen encaje con la conceptualización meyeriana de la salud —en tanto adaptación— que impregnaba todo el movimiento de higiene mental.

La escala de Binet-Simon había sido traducida y popularizada tempranamente en Estados Unidos por Henry Herbert Goddard (1866-1957), un psicólogo y eugenista que actuó como difusor de la teoría de la degeneración y de la amenaza de los y las «defectuosas mentales» (Kevles, 1986; Trent, 1995). No obstante, el psicólogo Lewis Terman (1877-1956) fue quien dio un impulso decisivo a la medición de la inteligencia. En 1916 completó una versión y extensión americana de la escala de Binet-Simon, *La Stanford Revision of the Binet-Simon Scale*. Su adaptación respondía al creciente empleo de la traducción de la Binet-Simon realizada por Goddard en «escuelas públicas, instituciones para niños deficientes, reformatorios y juzgados de menores», aspirando a corregir algunas de sus imperfecciones (Terman, 1916, p. xi). Fue diseñada, con la promesa de garantizar que el resultado de la medición permanecería prácticamente *constante* a lo largo de la vida de la persona. Además, tenía la particularidad de asignar a cada individuo una puntuación estandarizada, el Cociente de Inteligencia (CI), que

¹⁷³ Para una aproximación genealógica a los test mentales véase (Álvarez-Uriá y Varela, 1994, pp. 61-98)

resultaba de la fórmula (edad mental/edad cronológica) x 100. En consecuencia, la *inteligencia* fue exitosamente construida como una variable biológica, estable, y con un valor predictivo de gran utilidad: «conociendo el coeficiente intelectual de un niño podemos predecir con un alto grado de precisión el curso de su desarrollo posterior» (Terman, 1916, p. 68).

El test de inteligencia de Terman constituía una poderosa técnica de estandarización y administración de la población, capaz de asignar a cada individuo una puntuación numérica, revestida de la «neutralidad» y la «objetividad» matemática, que lo situaba en una escala de humanidad constituida por siete categorías: en su extremo superior la «genialidad» y en el inferior la «debilidad mental definitiva».¹⁷⁴ Esta técnica introdujo una innovación de capital importancia respecto a la antigua correlación moreliana de estigmas físicos, intelectuales y morales. Como ha mostrado Nikolas Rose (2016, p. 27), el test de inteligencia, que inauguró la expansión del amplio abanico de la psicología diferencial, abrió la posibilidad de «hacer visible» lo «invisible», esto es, la posibilidad de «medir las mentes», y asignarles una puntuación numérica que las hiciera masivamente comparables. Esto no sólo dará lugar a nuevas formas de distribución y administración de la población, sino que también *producirá* nuevas variedades de «inferioridad mental» antes «indetectables» en base a los estigmas, como la que representen los denominados «morones» (*morons*) —un término introducido por Goddard— o aquéllos situados en la inteligencia límite (*borderline*).

¿Qué hacer con quienes antes se hacían pasar por «normales» y ahora la tecnología del test revela como su verdad más esencial la «inferioridad mental» que los caracteriza? Respecto a estas personas Terman vaticinaba:

¿Qué diremos de casos [...] que dan como resultado un alto-grado de *moronidad* o se sitúan en la inteligencia límite [*moronity or at border-line*], pero están lo suficientemente bien dotados en rasgos morales y personales para pasar como normales en un entorno social sin complicaciones? De acuerdo con la definición clásica de debilidad mental, tales individuos no pueden ser considerados defectuosos. Casi nadie pensaría en ellos como casos institucionales. Entre los trabajadores y las sirvientas hay miles como ellos [...] Y, sin embargo, en lo que respecta a la inteligencia, las pruebas han dicho la verdad. Estos muchachos son ineducables más allá de un entrenamiento rudimentario. Ninguna cantidad de instrucción escolar los convertirá en votantes inteligentes o ciudadanos capaces en el verdadero sentido de la palabra. Juzgados psicológicamente no pueden considerarse normales [...] El hecho de que uno encuentre este tipo con tan extraordinaria frecuencia entre los indios, los mexicanos y los negros

¹⁷⁴ La clasificación de CI que propone Terman (1916) es como sigue: Por encima de 140, próximo a genio o genio; entre 120–140, Inteligencia muy superior; entre 110–120, Inteligencia superior; entre 90–110 Inteligencia normal o promedio; entre 80–90, opacidad (*dullness*), rara vez clasificable como débil mental; entre 70–80, Deficiencia limítrofe (*Border-line deficiency*, a menudo llamados morones), a veces clasificable como opaco, a menudo como débil mental; Menos de 70 debilidad mental definitiva (*Definite feeble-mindedness*).

sugiere con bastante fuerza que toda la cuestión de las diferencias raciales en los rasgos mentales tendrá que ser retomada de nuevo y por métodos experimentales. El escritor predice que cuando se haga esto se descubrirán diferencias raciales enormemente significativas en la inteligencia general, diferencias que no pueden ser eliminadas por ningún esquema de cultura mental. Los niños y niñas de este grupo deben ser segregados en clases especiales y recibir instrucción concreta y práctica. No pueden dominar las abstracciones, pero a menudo pueden convertirse en trabajadores eficientes, capaces de cuidarse a sí mismos. No hay posibilidad en la actualidad de convencer a la sociedad de que no se les debe permitir reproducirse, aunque desde un punto de vista eugenésico constituyen un grave problema por su inusualmente prolífica reproducción (Terman, 1916, págs. 91–92).

Como ha puesto de manifiesto la cita anterior, el test de inteligencia, que posibilitará la comparación estadística entre grupos humanos, tendrá efectos discriminatorios y de generalización en función de la variable a comparar. Por un lado, permitirá desmentir la postulada inferioridad de la inteligencia mental femenina (Terman, 1916, pp. 69-72). No obstante, este efecto de desmitificación no debe confundirnos, solo remite a la inteligencia. El mismo Terman lanzará su contraofensiva en términos de control y normalización de las desigualdades de género, siendo responsable de la creación del primer test de masculinidad y feminidad en 1936. Este test, orientado a producir hombres y mujeres bien ajustados a la norma social patriarcal (López-Sáez y García-Dauder, 2020), será ampliamente utilizado por el movimiento de higiene mental en su avanzadilla sobre la infancia (Kathleen W. Jones, 1999). Por otro lado, la medición de la inteligencia dará lugar a la naturalización de las desigualdades de «raza» y clase social. La inferioridad en la dotación de la inteligencia y los efectos discriminatorios que de esta se deriven, acabará reinando —como predecía Terman— en los cuerpos marcados por la pobreza y la asignación a la raza no-blanca (Blanton, 2000; Helms, 2012; John y Nadine, 2006).

La entrada de Estados Unidos a la Primera Guerra Mundial en 1917 dio lugar a la primera aplicación masiva de test de inteligencia. La evaluación de los nuevos reclutas sirvió, evidentemente, para distribuirlos en los puestos en función del resultado de la medición, o rechazarlos de la armada. El NCMH participó con entusiasmo en este esfuerzo de guerra que, sin duda, constituía una oportunidad sin precedentes para demostrar su utilidad Nacional y asegurar su financiación. Por entonces ya había conseguido el soñado fondo de *Rockefeller*, para hacer «encuestas» sobre las condiciones en los Hospitales de Estado y la legislación en materia de internamientos. El papel catalizador que tuvo el NCMH en la selección de las tropas estadounidenses, fue celebrado y pregonado a los cuatro vientos por Beers en la quinta edición de su autobiografía, cuyo rol propagandístico es evidente.

Incluso antes de que Estados Unidos hubiera entrado formalmente en la guerra, comprendimos que era el deber del Comité Nacional para la Higiene Mental liderar el camino en la preparación para enfrentar este nuevo problema de salud [...] Los contactos que el Comité Nacional había establecido con instituciones y con médicos que ejercen la neurología y la psiquiatría en los Estados Unidos facilitaron en gran medida la rápida movilización de varios cientos de neuropsiquiatras capacitados y varios cientos de enfermeras y asistentes. El examen neuropsiquiátrico de las tropas comenzó antes que el de cualquier otra especialidad y la primera división enviada a Francia ha tenido muchos soldados locos, deficientes mentales y psiconeuróticos eliminados antes de su embarque. Estos exámenes se desarrollaron a tal punto que más de 72.000 hombres fueron rechazados del servicio militar obligatorio debido a trastornos neuropsiquiátricos. En gran parte como resultado de este notable trabajo organizado por el Coronel Bailey, la tasa de casos mentales y nerviosos evacuados a los Estados Unidos desde Francia fue menor que la de cualquier fuerza expedicionaria en la historia (Beers, 1921, pp. 317-319).

La guerra, ante todo era un «problema de salud», en la medida en que el cuerpo de la Nación constituía un único organismo asolado por toda suerte de microbios que amenazaban, no solo con la degeneración y la destrucción de su «stock superior», sino también con comprometer su aptitud en un esfuerzo de Eficiencia Nacional y virilidad guerrera que, eventualmente, situará por primera vez a EEUU a la vanguardia de las potencias mundiales. El NCMH había organizado un *War Work Comimitee* formado por Pearce Bailey, Stewart Paton y Thomas Salmon —por entonces Director Médico del NCMH— que presentó planes al Cirujano General del Ejército y de la Marina que preveían «la organización de unidades militares neuropsiquiátricas, el tratamiento y examen temprano de los enfermos mentales y la eliminación de los reclutas que padezcan enfermedades mentales, deficiencia mental y trastornos nerviosos» (Beers, 1921, p. 318). Bailey, director del *War Work Comimitee*, fue coronel jefe de la sección de Neurología y Psiquiatría en la Oficina General de Cirugía del Ejército, que posteriormente incluyó una sección de Psicología bajo la dirección de Robert M. Yerkes (1876-1956), discípulo de Terman y responsable de la administración de los test de inteligencia. La coordinación entre las secciones de Psiquiatría y Psicología no estuvo del todo bien atada. La primera evaluación la hacían desde Neurología y Psiquiatría, dónde los más claramente «inaptos» y «deficientes» eran desechados en base a la evaluación tradicional de estigmas. En el segundo filtro psicométrico la sección de Psicología administraba los test de inteligencia, tras lo cual muy pocos hombres fueron reenviados a psiquiatría para consensuar dictamen.¹⁷⁵

Los miembros de la sección de Psiquiatría y Neurología del NCMH encontraron en su evaluación neuropsiquiátrica, un mayor porcentaje de «débiles mentales» entre los grupos raciales minoritarios, las clases bajas, y los habitantes de los entornos rurales.

¹⁷⁵ Véase *War Work and Other Special Activities of The National Committee for Mental Hygiene* (NCMH, 1918b) y el resumen de Davis (Social control of the feeble-minded).

Por ejemplo, dos terceras partes de los hombres catalogados como «deficientes mentales» provenían de los distritos rurales, donde abundaban las clases bajas. Su explicación de este «descubrimiento» era endógena: «el gran desplazamiento a las ciudades tan característico de nuestro tiempo» es llevado a cabo, en el caso de los «blancos» por los «progresistas con iniciativa mientras que los deficientes mentales se quedan dónde están». Respecto a los «negros», el hecho de que los porcentajes de deficiencia entre campo y ciudad sean los mismos (mucho más altos que para los blancos), es «una indicación de que el negro de la ciudad no se diferencia del negro de los distritos rurales en lo que se refiere a la deficiencia mental» (Bailey y Harber, 1920, p. 557).

No obstante, lo que hizo saltar todas las alarmas nacionales, fueron los catastróficos resultados de la «evaluación científica» psicológica. Para la vergüenza Nacional, los test revelaron que la edad mental media de los soldados americanos era de menos de 13 años, como predecía Terman, con importantes diferencias raciales. Un 87 por ciento de los «hombres de color» y un 47,3 de los «hombres blancos» puntuaban por debajo de la media: siendo todos ellos considerados científicamente como «defectuosos mentales» (Davies, 1923, p. 22; Dowbiggin, 2011, p. 99). Extrapolando los resultados de los tests mentales burdamente al conjunto de la población estadounidense se podían estimar entre 45 y 50 millones de «débiles mentales», prácticamente la mitad de la población, en un momento en que las estimaciones previas de «debilidad mental» se situaban alrededor del 10-15 por ciento de la población (Françoise Castel et al., 1979, p. 53; Davies, 1923, p. 199). El problema era, sin duda, urgente y de carácter Nacional. ¿Es posible acaso encerrar permanentemente a tal cantidad de población «degenerada»?

Del encierro permanente a la libertad condicional

Dado el «rápido crecimiento de su trabajo en favor de los débiles mentales», en 1916 el NCMH había creado un Comité sobre Deficiencia Mental, con Fernald como presidente: «poco después se iniciaron en varios Estados encuestas sobre la deficiencia mental» (Beers, 1921, p. 315). Una de estas encuestas conducida en el ocaso de la primera guerra mundial para el Estado de Maine, entre noviembre de 1917 y de 1918, tras una orden legislativa del gobernador en favor de la creación de una comisión para el estudio de los débiles mentales, nos servirá de ejemplo para visibilizar el trabajo policial, extremadamente fino, que implicaban dichas encuestas y las recomendaciones que de ellas se derivaban en un momento de *transición*. La duda que asolaba en estos momentos, con la avalancha de personas «moronas defectuosas», que estaba

produciendo la aplicación masiva de los test de inteligencia, era: ¿Qué hacer con las personas «débiles mentales» aquéllas que antes pasaban por «normales» y residían a su antojo en las comunidades? La encuesta reserva para estas el calificativo de «extra-institucionales», en un horizonte en el que la utopía movilizadora sigue siendo la extinción, a largo plazo, de los y las débiles mentales, en tanto sujetos dependientes, ineficientes y peligrosos.¹⁷⁶

Los estándares intelectuales y morales de los habitantes del Estado en su conjunto pueden avanzar más rápidamente y aumentar su eficiencia al tratar de disminuir humanamente la carga de la debilidad mental. Cualquier intento de formular planes definidos de acción para disminuir la debilidad mental y su consiguiente dependencia debe tratar de alguna manera, tarde o temprano, con el proyecto de negar la parentalidad a los no aptos y debe decidir si intentar o no el entrenamiento de la generación de débiles mentales extrainstitucionales (NCMH, 1918a, p. 53).

El equipo realizador de la encuesta de Maine incorporaba, como era típico de la higiene mental, un psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social como brazo comunitario, que daban lugar a una triangulación de métodos y experticias: el «estudio de caso» que implicaba que la trabajadora social entrevistara, de ser posible, no sólo al sujeto investigado, sino también a sus familiares, amistades, a funcionarios de Estado y otros informantes clave. Además, la evaluación psiquiátrica y la psicológica se complementaban para determinar en cada caso (a) el CI en base al test de Terman; (b) las «desviaciones del carácter»; (c) las «enfermedades mentales» y; (d) los «desajustes sociológicos» (*sociological maladjustments*). Estos últimos, siguiendo lo pautado por Meyer para el diagnóstico de «inferioridad constitucional» —luego reformulado como psicopatía— eran registrados mediante las siguientes categorías morales: «absentismo escolar», «inconformismo», «tendencia criminal», «vagancia», «dependencia», «embriaguez», «inmoralidad sexual» y «prostitución»: dónde las categorías sexuales eran específicas para codificar el comportamiento de las mujeres.¹⁷⁷ Las recomendaciones para el Estado de Maine nos permiten hacernos una idea del alcance

¹⁷⁶ Para un análisis que examina el desplazamiento en las metáforas en torno a la amenaza de los y las débiles mentales, a lo largo del proyecto eugenésico —incluyendo la nueva categoría de *morons* (morones o moronas)—, véase el interesante trabajo de Gerald V. O'Brien *Framing the moron: The social construction of feeble-mindedness in the American eugenic era* (2018), que identifica cuatro paradigmas que se suceden; como una entidad diagnóstica, como un humano atavístico, como una fuerza enemiga, como un pecador o pecadora inmoral objeto de protección y, finalmente; como un ser humano con un pobre funcionamiento.

¹⁷⁷ Los tipos más frecuentes de «inferioridad constitucional», incluían para Meyer en 1905: «inmoralidad sexual, prostitución, alcoholismo, desprecio por la familia u otros deberes, una pasión diabólica por crear problemas, robar, falsificar y mentir» (Lamb, 2014, p. 158). Véase como caso ilustrativo el *Report of The Maine Commission for The Feeble-minded and of the Survey* (NCMH, 1918a).

del problema al que da lugar la triangulación de datos sociales, psiquiátricos y psicológicos, y los recursos humanos e institucionales que el «remedio» debe movilizar:

1. Educación del público [...] La gente de Maine debe conocer la importancia de detectar aquellos de estirpes degeneradas cuya descendencia es más probable que sea dependiente, para planificar su eliminación en el futuro [...]
2. La extensión de la idea de la clínica mental, ahora felizmente inaugurada en Maine, al establecimiento de clínicas en las otras grandes ciudades en las que los tutores, jueces y oficiales de la corte, directores de instituciones, médicos, maestros y otros puedan determinar el estado mental de aquellos cuyo comportamiento sugiere investigación.
3. Expedir una ley adecuada de internamiento, poniendo el control de todos los débiles mentales en manos de los expertos del Estado, a fin de que los de tipo intra y extrainstitucional sean debidamente tratados.
4. Extensión de la Escuela Estatal para Débiles Mentales y el Reformatorio de Mujeres al doble o triple de su capacidad actual en un intento de liberar a las comunidades de los débiles mentales intra-institucionales y de las mujeres delincuentes.
5. Provisión para el más libre uso por parte de los tribunales de las conclusiones de los alienistas del Estado.
6. Provisión para la enseñanza más intensiva de Psiquiatría en las escuelas de medicina del Estado y la enseñanza en las escuelas normales de los medios disponibles para asegurar el diagnóstico de casos sospechosos de defectos mentales en niños.
7. Extensión de la inspección médica en las escuelas públicas para el descubrimiento temprano de casos de defecto mental, desviación y enfermedad.
8. Examen y clasificación de todos los reclusos de las instituciones penales y de los reformatorios.
9. Provisión para la inauguración de un censo continuo de los débiles mentales del Estado.
10. Una asociación voluntaria permanente de ciudadanos competentes para organizar investigaciones, educar a la opinión pública y formular medidas para la promulgación legislativa.
11. Reconocimiento estatal de los recursos psiquiátricos del Estado y organización de los mismos para el examen, registro y vigilancia de los débiles mentales del Estado (NCMH, 1918a, pp. 53-54).

La «eficiencia» de unos depende, por tanto, de la «segregación y futura eliminación» de los otros. En estas recomendaciones observamos la capilarización del poder y del saber psiquiátrico característica de la higiene mental, a prácticamente todas las áreas de la sociedad, si bien todavía no es visible desde este ángulo, su entrada en la industria. Como se ha visto, a estas alturas la categoría de «débiles mentales» se bifurca, en «intra» y «extra-institucionales». Con la aplicación masiva de los test de inteligencia, que transmutó a quienes antes pasaban en la comunidad por «normales»¹⁷⁸ (CI de 70, morones y moronas) en el grupo más extenso de «débiles mentales» (Fernald, 1919a) la «segregación permanente» de todos los casos de debilidad mental, se convirtió,

¹⁷⁸ Por ejemplo: «El descubrimiento que resultó de estos métodos de testar la inteligencia, la amplia prevalencia de la deficiencia mental fue responsable de sacar el problema de la debilidad mental de su reclusión institucional al resplandor de la notoriedad social. Hubo una multiplicación bastante rápida en el número de deficientes mentales conocidos y estas adiciones a las filas de los débiles mentales no se encontraron en su mayor parte en las instituciones, sino en el mismo medio de la comunidad» (Davies, 1923, p. 45).

literalmente en «impracticable»: una carga económica insostenible para la Nación y para sus contribuyentes.¹⁷⁹

En estas recomendaciones encontramos una duda qué pronto será resuelta: ¿Qué hacer con el amplio excedente de «débiles mentales» extra-institucionales? El Estado de Maine deberá sin duda decidir «si intentar o no su entrenamiento», mientras expanda las instituciones de encierro, e implante medidas para evitar su reproducción. En cualquier caso, detectar a los y las portadoras de un stock inferior, encerrarles de por vida, o mantenerles en la comunidad bajo una estrecha vigilancia y debidamente entrenados y entrenadas en un trabajo a su nivel y en la respetabilidad social, requiere penetrar las escuelas, los tribunales, los reformatorios, las cárceles, instituir clínicas psiquiátricas abiertas a la comunidad, leyes flexibles para garantizar los internamientos, multiplicar las instituciones de encierro, propagar la amenaza biológica y social que constituyen, garantizar la formación y expansión psiquiátrica... todo un dispositivo de vigilancia y control social de la población.

Contra la avalancha de personas débiles mentales producidas mediante las pruebas de inteligencia que sean enviadas a las instituciones, la psiquiatría de la higiene mental complementó la definición psicométrica de la debilidad mental basada en la «competencia mental» con la definición tradicional, fundamentada en la «eficiencia social». Es decir, la que había sido empleada por la Sección de Neurología y Psiquiatría del Ejército estadounidense:

La definición estándar en términos de criterios sociales es la del *Royal College of Physicians* de Londres, que define a la persona débil mental como “aquel que es capaz de ganarse la vida en circunstancias favorables, pero es incapaz, debido a un defecto mental existente desde el nacimiento, o desde una edad temprana, (a) de competir en igualdad de condiciones con sus compañeros normales; o (b) de administrarse a sí mismo y a sus asuntos con la prudencia ordinaria (Davies, 1923, p. 20).

Evidentemente estamos ante una relación de *complementariedad*, la utilidad de los test de inteligencia no será cuestionada. Como primer filtro de la cadena, la medición del

¹⁷⁹ Por ejemplo: «El escritor simplemente indicará con la cita de estas cifras la impracticabilidad de intentar segregar a todos los débiles mentales, tal y como se interpreta ahora ese término, en instituciones. El estado de Nueva York ha logrado un progreso superior al promedio en comparación con otros Estados en la segregación de los débiles mentales y, sin embargo, sus instituciones para esta clase actualmente pueden acomodar a unos 6.000, un comienzo bastante insignificante en comparación con 500.000 o incluso 200.000 deficientes mentales en la población del Estado en su conjunto. Le cuesta al Estado en la actualidad anualmente \$1.800.000 sólo para el mantenimiento de las 6.000 personas que ahora se encuentran en instituciones sin tener en cuenta el interés de la inversión en la planta física y el costo de las reparaciones y nuevas construcciones. ¿Estarían dispuestos los contribuyentes del Estado a sostener en instituciones hasta diez veces ese número o 60,000 a un costo anual de \$18,000,000 para el mantenimiento más un desembolso adicional de por lo menos \$54,000,000 para la construcción de edificios para albergar a ese número?» (Davies, 1923, pp. 23-24).

CI permitirá detectar a la población susceptible de entrar en un proceso selectivo que dé lugar a la segregación permanente, o a un entrenamiento experto, especializado e intensivo —ya sea en la infancia o en la adultez— sobre cómo llevar una vida correcta y eficiente, bajo un régimen de supervisión y vigilancia, donde el encierro se cierne como la amenaza permanente.

En 1919, Meyer, hacía saltar todas las alarmas contra quienes, en nombre de la «libertad» no entregasen a sus hijos e hijas a la estandarización y el entrenamiento experto que requiere la civilización y el *fitness* eugenésico del cuerpo Nacional. Al fin y al cabo, el test de inteligencia es una poderosa herramienta para determinar el nivel de cada quien, y la infancia es el lugar privilegiado para esta suerte de predestinación social.

Sé de padres pertenecientes a la aristocracia intelectual que no permitieron que su hijo se sometiera a una prueba de Binet-Simon. No quieren conocer los hechos y prefieren dejarse llevar únicamente por el sentimiento. Los niños que se vuelven ineficaces en una escuela tienden a ser enviados a otra o trabajar; mientras que sería en interés de la comunidad y de los niños si se les estandarizara, aconsejara y enseñara a ser miembros respetables de la comunidad en su propio nivel. Las oficinas que emiten permisos de trabajo pueden hacer un excelente trabajo en este punto. Si un niño tiene la desgracia de ser defectuoso, todavía hay algunas formas de ser efectivo. Recibir ayuda para llevar estas formas efectivas al frente y encontrar el nivel de uno es mejor que ser forzado por padres tontos a vivir en un farol. En estos defectuosos también podemos formar ideales y una conciencia y podemos darles satisfacciones adaptadas a ellos, en lugar de dejar que se casen más que los casables y se multipliquen más que los aptos (Adolf Meyer, 1919, p. 55).

Nuevas fórmulas se están planteando para entrenar y tener bajo estrecha vigilancia a ese amplio excedente de «débiles mentales» creados por los test de inteligencia que, por muchos avances que haya, jamás podrán ser permanentemente institucionalizados. Además, una serie de investigaciones empiezan a mostrar que no todas las personas así catalogadas, tienen descendencia «defectuosa» se convierten en «criminales», y muchas de ellas se las han apañado, contra todo pronóstico, para vivir en las comunidades vidas «eficientes» y «respetables» (Kevles, 1986; Trent, 1995). Esta será la pesadilla de Fernald hasta que asuma los hechos y se decida a publicar una investigación propia de amplia relevancia para el giro que habrá de hacer el movimiento de higiene mental, en su cruzada contra la «debilidad mental».¹⁸⁰

En 1919, Fernald publicó un estudio que abrió la veda a la reconstrucción institucional y epistemológica, titulado *After-care Study of the Patients Discharged from Waverley for a Period of Twenty-five Years*, después de mantener los resultados ocultos durante

¹⁸⁰ De este giro será producto el libro del sociólogo Stanley Davies, publicado en 1923 por el NCMH, cuyo título es elocuente: *Social control of the feeble-minded: a study of social programs and attitudes in relation to the problems of mental deficiency*.

dos años por el pudor de contradecir «las teorías entonces aceptadas sobre cómo lidiar con la deficiencia mental» (Davies, 1923, p. 92). Los *insights* de este estudio resolvían cómo gestionar la diferencia que se establecía en las recomendaciones anteriores para el Estado de Maine, entre «débiles mentales» intra-institucionales y extra-institucionales.

La investigación de Fernald, arrojaba luz sobre el nivel de ajuste, conformidad social y autosostenimiento de las personas que habían abandonado la institución escolar especial y de encierro de *Waverley* en los últimos veinticinco años (Fernald, 1919b). Lo interesante radicaba en que la mayoría de éstas personas fueron dadas de alta contra el criterio de las autoridades de la institución (por orden judicial o petición familiar), un número importante se habían fugado, y tan sólo a unas pocas «se les permitió salir porque no tenían tendencias viciosas» (Davies, 1923, p. 88). Fernald honestamente creía «que casi todas estas personas deberían permanecer en la institución indefinidamente» (citado en: Davies, 1923, p. 88).

El estudio empezó con una circular enviada a los familiares y las amistades de las personas investigadas, tras la cual la trabajadora social entrevistaba personalmente a las familias y otras personas de la comunidad (ministros, trabajadoras sociales, autoridades policiales, etc.), chequeando para cada caso la veracidad de la información por diferentes vías. Los resultados, contradecían el pronóstico degeneracionista que Fernald había defendido tan ardorosamente, por lo que tuvo que retractarse públicamente. Al fin y al cabo, dirá Fernald, ante el auditorio de la *American Medico-Psychological Association*, no todas las personas «débiles mentales» eran de «origen hereditario», «viciosas», «depravadas», «inmorales» e «incapaces de autosostenerse» (citado en: Kevles, 1986, p. 159). El caso de las mujeres, constituidas como úteros reproductores de la debilidad mental, y vectores sexuales de propagación de enfermedades venéreas, cuya libertad era mucho más temida, nos servirá de ejemplo:

Se obtuvieron historias de 176 mujeres dadas de alta. De estas, sólo 27, o el 15 por ciento, se habían casado. Casi todas las mujeres se habían casado por encima del nivel social de sus propios padres. Todas eran, con una excepción, del grupo de morones. Once de las 27 mujeres casadas “vivían vidas útiles e intachables; tenían casas limpias y atractivas, gozaban de buena reputación en la comunidad, iban a la iglesia y aparentemente les iba bien en todos los sentidos”. De estas 11 mujeres nacieron 34 infantes [aparentemente normales]. Tres de las 11 mujeres habían sido dadas de alta de la institución sin protestar a petición de los familiares responsables. Pero las otras 8 habían sido dadas de alta en contra del consejo de la institución y solo por orden de la Corte Suprema en un recurso de *habeas corpus*. Todas estas 8 parecían ser casos poco prometedores para el alta. Antes de venir a la institución, habían llevado vidas inmorales, y habían dado problemas mientras estaban en la institución, debido a su interés sexual activo. Por lo tanto, habían resultado inesperadamente bien al ser devueltas a la comunidad. Las otras 16 mujeres casadas tenían antecedentes de mal comportamiento y sus matrimonios habían resultado mal [...] El resultado en estos casos fue del tipo esperado. Todas fueron un fracaso como amas de casa. Cuatro desarrollaron sífilis. Tenían antecedentes de promiscuidad sexual,

alcoholismo y robo. De este grupo nacieron 24 niños [...] Del total de 176 mujeres dadas de alta, se descubrió que [sólo] 48 habían sido sexualmente inmorales después del alta. Estas 48 inmorales incluían a las 16 mujeres casadas mencionadas anteriormente, 11 madres solteras que habían tenido en total 13 hijos ilegítimos y otras 14 que posteriormente fueron internadas en otras instituciones. No se encontró registro de enfermedades venéreas a excepción de [...] cuatro casos de sífilis. Este es un porcentaje sorprendentemente pequeño de los 176, e indicó que no fueron grandes factores en la propagación de estas enfermedades sociales. Las 48 mujeres inmorales que se registraron como fracasos sociales, que representan el 27 por ciento del grupo estudiado, eran casos cuyas proclividades sexuales eran bien conocidas en la institución y, por lo tanto, dadas de baja a regañadientes. En prácticamente ninguno de estos casos hubo familiares o amigos responsables para asesorarlas y supervisarlas. Las mujeres que se metieron en problemas fueron las que se quedaron a la deriva. Por lo tanto, lo tenían todo para contribuir al fracaso social y nada para contribuir al éxito social. El Dr. Fernald concluye: “Aparentemente, las mujeres que tenían amigos capaces de entenderlas y protegerlas adecuadamente no tenían hijos ilegítimos y no se convertían en agresoras sexuales”. Veintinueve mujeres de las 176 habían sido internadas en otras instituciones [...] En el aspecto económico, se podían contar como activos las 11 mujeres que se desempeñaban bien como esposas y amas de casa. Había otras 8 que se sostenían a sí mismas de manera total e “independiente y se mantenían en la forma de conseguir sus propios trabajos y pagar sus propias facturas como lo hacen las mujeres trabajadoras comunes”. Además, 32 mujeres eran trabajadoras capaces en el hogar al grado de “ganarse la sal” y no convertirse en una carga económica. Así, casi el 30 por ciento del grupo eran activos económicos hasta el punto de al menos ganarse su propio camino en el mundo. Veintitrés del grupo de idiotas o imbéciles vivían en casa. Diez de estas eran más o menos problemáticas, pero 13 eran tranquilas y bien educadas y capaces de hacer tareas domésticas sencillas, el resultado aparentemente no dependía tanto de la niña deficiente mental como del “carácter del hogar y la inteligencia de la familia”, en opinión del Dr. Fernald (Davies, 1923, pp. 89-91).

¡Y todo ello resultado de un experimento descontrolado que empezaba a revelar que el «éxito social» parecía depender del carácter, las amistades, los familiares y apoyos que las mujeres tenían en las comunidades! El caso de los hombres, para los que el puesto de trabajo y el salario alcanzado contra el despliegue de tendencias criminales y la reproducción incontrolada, constituían los mejores índices de éxito social, fue juzgado como todavía más positivo. En cualquier caso, una pequeña mayoría de los y las jóvenes exreclusas contra todo pronóstico, se habían convertido en miembros «eficientes» y «respetables», y para colmo algunas mujeres «defectuosas» se habían casado con hombres de «mayor nivel social» dando lugar a infantes «no defectuosos».

No obstante, el azar no es algo que guste a los científicos y las conclusiones del estudio no eran una panacea. Para Fernald se resumían en «comenzar a reconocer el hecho» de que dentro de la gran mayoría de personas defectuosas (es decir, los y las moronas recientemente inventadas) hay dos categorías: «los buenos morones y los malos morones» (Fernald, 1919a, p. 571).

Si bien es cierto que los defectuosos con hábitos y tendencias indeseables no se controlan fácilmente, es igualmente cierto que los defectuosos que son obedientes, morales y laboriosos tienden a mantener estos rasgos permanentemente. *Para ellos es tan difícil desaprender como lo fue aprender.* A aquellos defectuosos cuyas tendencias sean tales

que los conviertan en miembros indeseables de la comunidad, no se les debe permitir su libertad, sino que deben ser segregados permanentemente en instituciones. Ninguna otra clase de seres humanos venga con tanta seguridad el abandono en su infancia, social, moral, económica y eugenéticamente. [...] estos “malos” defectuosos deberían ser internados y atendidos en una institución especial para ese tipo, donde la disciplina podría hacerse más rígida y la detención permanente más segura (Fernald, 1919a, p. 574).

La solución que se derivó de estos resultados permitiendo resolver la impracticable segregación permanente de la creciente masa social de «débiles mentales» no pasó por el *laissez faire*, sino por la incorporación a la detección, institucionalización y entrenamiento rudimentario, de sistemas de «libertad condicional» (*parole*). Es decir, las instituciones autorizarán la libertad condicional de los «casos que se consideren adecuados para la vida exterior [...] bajo la supervisión continua de la institución ejercida por el agente de campo o el trabajador social» (Davies, 1923, p. 97).

Charles Bernstein había puesto a funcionar este sistema desde 1912 en sus Colonias para «deficientes mentales» situadas en Rome, Nueva York, pero no logró despertar demasiado interés por parte de sus colegas hasta que el aumento de la demanda institucional hizo impracticable la segregación permanente (Davies, 1923; Trent, 1995).¹⁸¹ Las Colonias, que empezaron a ser desarrolladas desde finales del siglo XIX, eran definidas como «cualquier grupo de personas reclusas que viven juntas bajo supervisión fuera de la institución matriz, permaneciendo bajo su jurisdicción y contribuyendo en mayor o menor medida con el trabajo a su propio sustento» (Davies, 1923, p. 109). Constituían sistemas de segregación, entrenamiento, y trabajo supervisado, bajo jurisdicción de las instituciones de encierro. Su ventaja principal residía en el ahorro económico, en la medida en que las personas reclusas sostenían con su trabajo el sistema de segregación. Esto tenía según sus defensores el efecto «terapéutico» de aportarles un «sentimiento de utilidad» y un mayor grado de libertad de movimientos, que, por otro lado, siempre podía ser revertido mediante el encierro de contención. Por ejemplo, con respecto a una colonia agrícola para niños, se indica:

Una gran proporción de los débiles mentales pueden emplearse de manera útil y provechosa, si se los dirige inteligentemente. Pueden limpiar terrenos baldíos, desbrozar arbustos, remover piedras, construir cercas, hacer caminos, renovar huertos, conducir yuntas de bueyes o caballos, ordeñar vacas, alimentar cerdos, cuidar gallinas, cultivar la tierra y recolectar cultivos. Pueden excavar para construir edificios, acarrear piedras para los cimientos, fabricar ladrillos y bloques de cemento, y pintar lo necesario para mantener los edificios limpios y atractivos. Muchos de los niños que, en la escuela de formación, encontraron fastidiosa la contención necesaria, son libres de ir y venir en la colonia agrícola. [...] Cuando fabrican sus propios bloques de hormigón y construyen sus propios edificios, sienten que realmente están haciendo algo que vale la pena y aprecian

¹⁸¹ Sobre el desarrollo de los sistemas de *parole* en los manicomios estadounidenses desde finales del siglo XIX véase Grob (1983).

el hecho de que están construyendo su propia casa. Las tendencias destructivas a menudo marcadas en el aula encuentran aquí su salida. En lugar de romper ventanas, destruir muebles o prender fuego a edificios, como hacen estos niños tan a menudo cuando están confinados en instituciones penales, cortan arbustos, arrancan tocones, queman montones de maleza y dejan terrenos baldíos disponibles para la agricultura, aumentando así su valor y la disminución del costo de mantenerse como los pupilos del estado (Georgia Commission on Feeble-mindedness, 1919, pp. 562-563).

El sistema de colonización de «defectuosos y defectuosas mentales», encontraba a principios de los años XX su punto máximo de sofisticación en las colonias de Bernstein, que las había instituido como paso intermedio a la comunidad de trabajo y entrenamiento —no solo agrícola y masculino— sino también industrial y doméstico, para infantes y mujeres. Sus Colonias, tenían la virtud de hacer de muchas personas «defectuosas mentales» trabajadoras manuales, eficientes, asequibles y además, felices y agradecidas de haber escapado al encierro permanente (Trent, 1995).

Las colonias de Roma han sido particularmente notables, no solo por su extensión y el gran número de personas colonizadas, sino especialmente por la aplicación de varios principios nuevos a las operaciones coloniales: (1) colonización tanto de mujeres como de hombres; (2) establecimiento de colonias industriales en la ciudad para hombres y mujeres, además de colonias agrícolas para hombres y colonias domésticas para mujeres; (3) usar la colonia como un centro de formación definitivo para la vida comunitaria y como una estación intermedia entre la institución y la libertad condicional. [...] Al mismo tiempo, las colonias de Roma también brindan atención indefinida a esos “niños” y “niñas”, que pueden disfrutar con seguridad del grado de libertad que ofrece la colonia, pero que probablemente nunca puedan confiarse al mundo exterior (Davies, 1923, pp. 111-112).

Evidentemente, este sistema tiene grandes ventajas en la medida en que hace cernir sobre los y las reclusas en libertad condicional, la amenaza de encierro permanente, al tiempo que promete hacer de las clases más desposeídas, una gran masa de trabajadores y trabajadoras manuales eficientes. En palabras de Fernald (1919a, p. 569) «esta disposición permitirá que el defectuoso sea devuelto a la institución si no se comporta correctamente en la comunidad». El sistema de libertad condicional, que fue extendido primero a Waverley y otras instituciones de Massachusetts, redefinió la función de las colonias como paso intermedio entre la institucionalización y el «test del mundo», esto es: «la única prueba segura en cuanto a la competencia mental de tales individuos para llevar una vida normal después de un entrenamiento completo» (Bernstein, 1920, p. 2).

Para Fernald, las colonias, debían formar parte de un mismo sistema que incluía las diversas instituciones de encierro y dispositivos de evaluación —correccionales, cárceles, asilos, escuelas especiales, clínicas psiquiátricas, tribunales, etc.— cuyo punto privilegiado de engarzamiento «preventivo» debía ser la *institución escolar*, que, para la segunda década del siglo XX ya era obligatoria en la mayoría de los Estados Unidos (Richardson, 1980). Lo ideal es empezar por la infancia, detectando entre quienes no se

desempeñen adecuadamente en las escuelas normales, los casos de «debilidad mental» mediante el examen de inteligencia.

Todo niño queda automáticamente bajo el control de las autoridades escolares entre las edades de seis y catorce años. Cada caso de defecto mental puede reconocerse fácilmente durante este período. Los métodos actuales de examen de la salud de los niños en edad escolar podrían ampliarse fácilmente para asegurar y exigir un examen mental de todos los niños con evidente retraso en los logros escolares (Fernald, 1919a, p. 569).

Como no dejará de repetir Fernald, la característica particular de los y las «débiles mentales» es que «para ellos es tan difícil desaprender como lo fue aprender», por lo tanto, su institucionalización temprana en Escuelas Especiales, y su entrenamiento moral y laboral adecuado hasta la adolescencia, constituyen el punto privilegiado de intervención.

La nota clave de un programa práctico para el tratamiento de los defectos mentales se encuentra en el hecho, que parece probado, de que aquellos defectuosos cuyos defectos se reconocen cuando son niños pequeños y que reciben el cuidado y la formación adecuados durante su infancia, por regla general, no son especialmente problemáticos después de haber sido guiados con seguridad a través del período de la adolescencia temprana (Fernald, 1919a, p. 569).

En función del CI asignado y de las perspectivas de eficiencia, ajuste, criminalidad, moralidad, heredabilidad de la condición y posibilidades de supervisión comunitaria, se establecieron dos estatus. El primer grupo, de «naturaleza intrainstitucional», debía ser segregado de por vida de la comunidad por considerarse peligroso y/o incapaz de autosostenimiento. El segundo, tras recibir el entrenamiento moral y rudimentario adecuado como trabajador o trabajadora manual y ser juzgado de adulto como apto para la «libertad condicional», tendrá la opción de realizar el «test del mundo» y si hay fortuna, permanecer en la comunidad bajo la supervisión y vigilancia permanente de trabajadoras sociales y otros agentes comunitarios. El sistema promete ahorrar costes y, con suerte, producir una gran cantidad de trabajadores y trabajadoras manuales, obedientes, eficientes y felices.

Se ha demostrado bastante bien que el idiota masculino promedio, sin tendencias naturalmente viciosas, que ha sido apropiadamente entrenado en hábitos de obediencia e industria, y que está protegido de la tentación y malas asociaciones durante su niñez, puede regresar a salvo a la comunidad cuando ha pasado la adolescencia temprana, si su familia puede cuidarlo y darle la supervisión adecuada. Una proporción mucho mayor de estos machos defectuosos capacitados serían aptos para la vida comunitaria si pudieran proporcionarse el control y la supervisión extrainstitucionales antes descritos (Fernald, 1919a, p. 572).

Tanto las leyes, como las familias ricas o desposeídas, tendrán que adaptarse a este sistema flexible y de control permanente, para el que el país venía preparándose desde

1912, momento en que las Escuelas Especiales empezaron a experimentar un incremento sin precedentes contra la amenaza de la degeneración.¹⁸² Las familias, dada la vergüenza para la herencia y la sangre que suponía tener familiares «defectuosos», en general no se resistirán a entregar los suyos al control institucional, aunque en caso de tener dinero las Escuelas Especiales Privadas, serán preferibles por su discreción (Trent, 1995). Según Fernald (1919a, p. 568) las familias debían ser informadas de «la condición del infante, de la probable necesidad de supervisión de por vida, y de la posible necesidad de futura segregación». Además debían promulgarse leyes que permitieran el internamiento contra la decisión familiar y la retirada de la custodia, en caso de que la familia fuera incapaz de «cuidarlo y protegerlo durante su vida», asegurando que no se «convierta en inmoral o criminal», lo que incluye «impedirle la reproducción» (Fernald, 1919a, p. 567). Debían, además, instituirse leyes, que permitieran a los superintendentes otorgar la «libertad condicional» y leyes para el internamiento y la custodia permanente de débiles mentales, que reconozcan como *edad legal*, la edad mental *permanente* derivada del test de inteligencia (Fernald, 1919a, p. 569). En resumen, el plan que Fernald recomienda a Estados Unidos, tras publicar su incómodo y esperanzador estudio, es el siguiente:

Toda nuestra experiencia en el trato con los débiles mentales indica que, si vamos a manejar adecuadamente al individuo defectuoso, debemos reconocer su condición mientras es un niño, protegerlo de las malas influencias, entrenarlo y educarlo de acuerdo con su capacidad, hacerlo industrialmente eficiente, enseñarle a adquirir hábitos correctos de vida y, cuando haya llegado a la edad adulta, continuar brindándole la ayuda y la orientación amistosa que necesita. Estas ventajas deberían ser accesibles para todas y cada una de las personas débiles mentales en el estado. Lo más importante de todo, en la medida de lo posible, no debe permitirse que la clase hereditaria de los defectuosos perpetúe su decadente existencia. [...] En resumen, el programa ahora posible incluye el examen mental de escolares atrasados; la clínica mental; la clínica ambulante; la clase especial; formación dirigida de individuos defectuosos en escuelas rurales; instrucción de padres de niños defectuosos; cuidado posterior de alumnos de clases especiales; formación especial de maestros en escuelas normales; censo y registro de los débiles mentales; supervisión extrainstitucional de todos los defectuosos no asistidos que están en la comunidad; selección de los defectuosos que más necesitan la segregación para el cuidado institucional; incremento de las instalaciones institucionales; libertad condicional para adultos defectuosos capacitados por las instituciones; segregación permanente para quienes necesitan segregación; exámenes mentales de las personas acusadas de delitos y de todos los reclusos de las instituciones penales; y la prolongada segregación de delincuentes defectuosos en instituciones especiales. El programa anterior requiere un trabajo en equipo por parte de psiquiatras, psicólogos, maestros, escuelas normales, padres de familia, trabajadores sociales, funcionarios de instituciones, oficiales de libertad condicional, funcionarios judiciales, funcionarios de prisiones, etc. (Fernald, 1919a, pp. 573-574).

¹⁸² En Estados Unidos en número de escuelas especiales privadas y públicas entre 1900 y 1912 se mantenía estable rondando las 50. A partir de entonces el crecimiento fue exponencial, alcanzando en 1918 las 236 escuelas especiales (Statistical Division of the Bureau of Education, 1919).

La obra del sociólogo Stanley P. Davis, *Social Control of the Feeble-minded*, publicada en 1923 por el NCMH, describió con un propósito propagandístico el giro que hizo el MHM en su trabajo relativo a la deficiencia; llegando a estipular dos periodos, el «alarmista» (1900-1915) dónde predominaba el enfoque eugenésico de encierro permanente y esterilización; y el «moderno» que propugnaba, tras la interferencia introducida por los test de inteligencia, la adopción de *métodos extrainstitucionales* de entrenamiento y supervisión, incluida la *parole*. No obstante, estos métodos extrainstitucionales, en ningún momento se plantearon como substitutivos de los eugenésicos, es preciso enfatizar el hecho de que eran *complementarios*, simplemente se dirigían a un tipo diferente de sujetos. Al fin y al cabo, radicaban en el descubrimiento de que la *inteligencia* o edad mental era tan sólo uno de los rasgos de la «personalidad», que es la que determinaba el *ajuste social eficiente*. Todo el proyecto de rehabilitación de los y las «defectuosas mentales» es entendido, tras el despunte del *Child Guidance Movement* —del que nos ocuparemos a continuación— como un proyecto de *modulación de la personalidad* a través de la socialización, entendida la personalidad como «toda la constitución del individuo» y como «la suma de los equipamientos [*facilities*] para la adaptación» (Davies, 1923, pp. 186-197). En virtud de esta mecánica meyeriana de adaptación del individuo al «ambiente» —mediada por la personalidad que puede ser modelada hasta cierto punto— la «definición satisfactoria» del «defecto mental» encuentra su relativismo parcial:

combinaría los elementos psicológicos y sociales e indicaría un cociente de inteligencia por debajo de cierto nivel, más una cierta deficiencia en otros rasgos de personalidad que conducen a la ineficiencia social, como factores determinantes en la constitución de un defecto mental [...] En la medida en que la aptitud social es un criterio, la deficiencia mental es un término relativo [...] Un médico francés exclamó: “Él es débil mental en París y normal en su hogar! [el campo]”. Así pues, a medida que las demandas de la vida sobre el individuo varían en complejidad con el tiempo y el lugar, también varía el número de efectivos sociales (Davies, 1923, pp. 20-21).

Línea de fuga

El sistema de libertad condicional, como paso previo a la comunidad tras el entrenamiento intensivo laboral y moral centrado en el desarrollo de una personalidad ajustada y eficiente, empezó a venirse abajo con la Gran Depresión y la crisis económica y de trabajo que le siguió, dónde, en el mejor de los casos los superintendentes aspiraban a despachar a los y las «débiles mentales» a núcleos familiares asolados por la pobreza (Trent, 1995).

En consecuencia, el encierro de «débiles mentales», al igual que el de las personas locas, fue en aumento. En 1904 había 14.347 personas en instituciones de encierro para «defectuosos mentales». Serán 20.731 en 1920; 42,954 en 1923; y en enero de 1934 eran 93,150, en este último año solo contabilizando las instituciones de Estado. En 1933, de las 102,608 personas débiles mentales registradas a principio de año, había 90,440 en las instituciones y 12,178 en «libertad condicional o ausentes». En 1936, a pesar del gran incremento institucional, se continuaba lamentando la falta de instituciones ante la gran demanda de encierro de «débiles mentales» (Pollock y Malzberg, 1936).

El encierro de por vida, fue parejo de la otra medida eugenésica por excelencia, la esterilización, en la que Estados Unidos destacaba como pionero. Entre 1907 y 1917, 17 estados habían pasado leyes de esterilización. Y en 1927, la Corte Suprema de los Estados Unidos, abrió la veda a la aplicación masiva de la esterilización forzosa en sesión de apelación, cuando juzgó legal la esterilización forzosa de una mujer, cuya familia era acusada de engendrar descendencia «defectuosa» durante tres generaciones. La decisión fue justificada por el Presidente de la Corte con el siguiente argumento: «El principio que justifica la vacunación obligatoria es suficientemente extensivo como para incluir la sección de las trompas de Falopio... Tres generaciones de imbéciles son suficientes» (Françoise Castel et al., 1979, p. 55; Charles P. Kindregan, 1966; Reilly, 1987, p. 62).

A partir de entonces hubo un incremento muy importante en el número de esterilizaciones registradas. Para 1945, 25 estados ya contaban con leyes de esterilización. A lo largo de los años 30 más de 2000 personas institucionalizadas fueron esterilizadas cada año, una ratio que triplicaba la de inicios de 1920. Durante la Gran Depresión los superintendentes de las instituciones esterilizaron mayoritariamente a mujeres. Para entonces, la racionalidad que justificaba la esterilización había cambiado, mientras esta incrementaba. Con la emergencia del *child guidance movement* y su énfasis en las prácticas de crianza, ya no se trataba de la amenaza degenerativa y de criminalidad de los y las «débiles mentales», que permitió instituir la política de la esterilización forzosa, sino de las perspectivas de incompetencia en las habilidades de crianza, especialmente de las mujeres, y la superpoblación de las instituciones totales a la que había dado lugar la solución del encierro permanente —o durante la época reproductiva—, un medio muy costoso.¹⁸³ En general los superintendentes empezaron a

¹⁸³ En un artículo de *American Psychological Association* que defiende la esterilización como medida profiláctica, y resume el estado de la cuestión, encontramos esta idea formulada del siguiente modo:

emplear la esterilización como paso previo a la libertad condicional o el alta (Trent, 1995), pensando que «menos bebés nacidos de padres y madres incompetentes podrían significar menos custodias estatales en el futuro» (Reilly, 1987, p. 162).

Hasta 1944 se habían registrado oficialmente 41.928 esterilizaciones en el conjunto del territorio de los Estados Unidos contabilizando los manicomios y las escuelas para débiles mentales de las cuales, 16.332 fueron efectuadas en California: es sabido que muchas otras no fueron reportadas, los colectivos diana fueron las personas catalogadas de «enfermedad mental», «debilidad mental», y aquéllas condenadas por algún delito: en algunos estados, un simple robo de gallinas —típicamente atribuido a personas negras pobres—, daba lugar a la esterilización (Françoise Castel et al., 1979; Gamble, 1945; Reilly, 1987).

El Child Guidance Movement y la modulación de la personalidad

Una de las grandes innovaciones del movimiento de higiene mental estadounidense en la segunda década del siglo XX fue el lanzamiento del *Child Guidance Movement* (CGM: Movimiento de Orientación Infantil), que se difundió prontamente en el mundo de habla anglosajona, especialmente en Canadá e Inglaterra (Rupke Richardson, 1987; Stewart, 2006), para —cómo veremos— tras la Segunda Guerra Mundial penetrar los discursos constituyentes de las instituciones internacionales, especialmente las políticas de la OMS y de la UNESCO. Este movimiento contribuyó a la constitución histórica en el plano internacional de la psiquiatría infantil y de la adolescencia como especialidad médica diferenciada (Remy et al., 2011), y, en Estados Unidos influyó de forma muy importante en la creciente profesionalización de las principales disciplinas vinculadas a la higiene mental, el trabajo social (Françoise Castel et al., 1979) y la psicología (Rupke Richardson, 1987).

Su importancia radicó en que convirtió a la infancia «normal», a las relaciones familiares de crianza, especialmente la relación madre-infante, y a la educación misma, en objetos de intervención experta, medicalizada y psicologizada, colocando en el centro

«Durante mucho tiempo se ha reconocido que hay un gran elemento hereditario en el desarrollo de la enfermedad mental y la deficiencia mental. En consecuencia, los médicos previsores a cargo de las instituciones para el cuidado de las personas con defectos mentales a menudo han continuado la segregación más allá del plazo requerido para la preparación para la vida extramuros. Si bien este medio de prevención se justifica plenamente en la disminución del número de nacimientos [...], resulta costoso; y a medida que las instituciones estatales se convierten en espacios superpoblados de personas peligrosas para la comunidad o incapaces de cuidarse a sí mismas, ésta tiende a ser abandonada...» (Gamble, 1945, p. 289).

la producción de personalidades eficientes, felices y ajustadas. Además, en su diálogo con las ciencias sociales, el psicoanálisis y el neoconductismo, y en especial con la antropología cultural, el CGM está en la base del nacimiento de la escuela de pensamiento de *personalidad y cultura*, cuya «ingeniería social» estará centrada en la modificación de las prácticas culturales de crianza como medio para producir personalidades específicas bajo valores internacionalistas, que en última instancia justificarán sus remedios de posguerra en el criterio valorativo —y psiquiatrizado— de la «salud mental», por contraposición a la producción de personalidades patológicas. Esto último, ha sido justamente descrito por Joanne Meyerowitz (Meyerowitz, 2010) como «una biopolítica de las prácticas de crianza». No obstante, el penetrante trabajo de Meyerowitz, adolece de no haber situado y reconocido el CGM — y el movimiento de higiene mental— como nódulo biopolítico de procedencia del enfoque de personalidad y cultura.

El punto de partida del *child guidance movement*, como no podía ser de otro modo, es la adolescencia y la infancia delincuente, asociada a la amenaza de los y las «defectuosas mentales». La primera clínica de orientación infantil, abierta en 1909, el *Juvenile Psychopathic Institute* de Chicago, nació afiliada al Tribunal de Menores de Illinois (*Illinois Juvenile Court*), bajo la dirección del psiquiatra y criminólogo William Healy, recomendado para el puesto por Adolf Meyer y William James. Healy, había empezado experimentando con los test de Binet-Simons para investigar la relación entre la delincuencia juvenil, la herencia y la «debilidad mental» (Levy, 1968; Rupke Richardson, 1987; Snodgrass, 1984). Posteriormente, el NCMH promovió una «investigación piloto» en la cárcel de Sing-Sing, centrada en la importancia de los «factores mentales» en la etiología del crimen y de la delincuencia, que dio lugar a la apertura de unidades psiquiátricas en diversos tribunales de menores y cárceles (Beers, 1921; Françoise Castel et al., 1979).

No obstante, el verdadero despunte del *child guidance movement*, no se produjo hasta 1921, cuando el NCMH recibió la financiación filantrópica del *Commonwealth Fund* para llevar a cabo *The Program for the Prevention of Juvenile Delinquency* (1921-1927), que desembocó en el lanzamiento de ocho clínicas de orientación infantil en Estados Unidos y una en Londres; así como en la fundación del *Institute for The Child Guidance* de Nueva York, la entidad de referencia en la materia —tanto en el plano investigativo y de tratamiento, como de formación— afiliada al NCMH y bajo la dirección de Lawson G. Lowrey (Hart, 1931; Hodges et al., 1926; Thomson, 1995). Una editorial de *New York Times* del 1926 introducía al público general el objeto de las clínicas de

orientación infantil que habían sido lanzadas por el *Commonwealth*, en los siguientes términos:

Prevenir es más fácil que curar y puede aplicarse a niños que, aunque tal vez nunca se vuelvan criminales o locos, tienen actitudes y hábitos mentales claramente marcados que, si se les permite fijarlos, los volverán innecesariamente infelices e ineficaces en la vida adulta (citado en, Horn, 1984, p. 25).

Este programa preventivo, que fue inicialmente ideado por Salomon, había partido de la «íntima relación» entre los «desajustes en la infancia» y la «carrera criminal posterior», pero pronto se desplazó de la corrección del criminal en potencia, a la producción de una infancia ajustada, eficiente y feliz (Sol Cohen, 1983; Horn, 1984; Kathleen W. Jones, 1999; Rupke Richardson, 1987). Las lecciones de guerra que Salmon había aprendido en su trabajo como consultante jefe de neuropsiquiatría de la *American Expeditionary Force*, y que había puesto en práctica en el hospital neuropsiquiátrico afincado en el territorio francés de La Fauche (Beers, 1921), habían traído a un primer plano la cuestión de la personalidad. Para Salomon las neurosis de guerra, por entonces también denominadas *shell shock*, derivaban de la incapacidad del soldado para hacer los ajustes necesarios que requería el combate, un problema que radicaba en la constitución de su personalidad predispuesta a los desajustes, por un efecto residual de las experiencias infantiles que acontecieron durante su vida civil (Sol Cohen, 1983; Salmon, 1919).

El *Commonwealth Found* permitió que el movimiento de higiene mental tomase al fin por centro, ese lugar privilegiado de intervención, formación y modulación de «lo humano» al que apuntaban tanto la psicobiología, el conductismo como el psicoanálisis, cuyos conceptos disímiles –«desorganización de los hábitos», «condicionamiento», y «fijación»– desde la perspectiva pragmática y del sentido común en la que Meyer (1928a, p. 24) venía formando a las nuevas generaciones de psiquiatras, eran sinónimos «de jerga científica». En base a la ecléctica interpenetrancia de estas tres corrientes William A. White (1921), declaraba que «la infancia» era «la etapa dorada de la higiene mental». Al fin y al cabo, pese a sus importantes diferencias, psicobiología, conductismo y psicoanálisis, al enfatizar la plasticidad vs a la herencia, convergían en señalar como punto clave de intervención en la producción de lo humano, el «desarrollo de la personalidad»:

Hoy en día se acepta generalmente que las enfermedades mentales son sólo reacciones del individuo como un todo. Las reacciones patológicas, entonces, son sólo una parte de la conducta total del individuo y sólo pueden entenderse después de que un análisis suficiente de la constitución de la personalidad haya aclarado cómo los síntomas son el resultado de una cierta constitución del carácter aplicada a ciertos problemas de ajuste.

Este es el período de la psicología conductista y la psiquiatría interpretativa. Las enfermedades mentales, defectos de ajuste a nivel psicológico, dependen por lo tanto de defectos en la constitución de la personalidad, y como esta constitución de la personalidad es lo que resulta de su desarrollo desde la infancia en adelante, se sigue que el fundamento de los defectos que más tarde se convierten en enfermedades mentales se encuentra en la historia pasada de ese desarrollo (William A. White, 1921, p. 54).

Estamos ante un desplazamiento del paradigma eugenésico, centrado en el control reproductivo del «material humano», en favor de una aproximación liderada por un ejército experto decidido a trabajar en la producción de lo humano a partir del «material» que le haya sido dado, promoviendo en un mismo gesto el «ajuste» a la norma social, la «eficiencia» y la «felicidad», como valores y efectos naturalmente emparentados. Así de claro lo manifestará William A. White:

Estas son algunas de las direcciones a las que se dirige mi pensamiento al considerar la higiene mental de la infancia. Si vamos a producir una raza de adultos mejor, debemos ser capaces de controlar las influencias que moldean el carácter adulto. Me parece posible desarrollar un programa práctico en este campo, y ofrecer un esquema decididamente más factible que un esfuerzo por volver atrás y retornar con el eugenista y el control del material. Cuanto más sepamos acerca de lo que se puede lograr con el material que se nos ofrece, en mejor posición estaremos para asumir el control de lo que ese material habrá de ser (William A. White, 1921, p. 60).

Vemos que las aspiraciones por engendrar una «raza superior» tan solo cambian de estrategia, y para mayor precisión habría que especificar, con lo relativo a *determinados* cuerpos. El trabajo de ajuste y modulación de la personalidad en la comunidad es complementario a la segregación y el control reproductivo. Las clínicas de orientación infantil, cuyos núcleos de engarce principal serán la escuela y la familia, permitirán seleccionar a los «infantes defectuosos» que habrán de ser segregados a las escuelas especiales o colonias, mientras se conviertan en la instancia de intervención sobre los «desajustes» comportamentales y de la personalidad de la gran masa de infantes de «inteligencia normal» que no requieran segregación (Horn, 1984). Un artículo de 1928 de un psicólogo canadiense que resumía el estado del arte en lo respectivo al movimiento de higiene mental y su avanzadilla sobre la infancia para el público canadiense, deja clara la relación de complementariedad entre «higiene mental positiva» y eugenesia, asimilando ésta última a la primera:¹⁸⁴

¹⁸⁴ Esto no quiere decir que algunos higienistas mentales no se plantarán, por ejemplo, contra la esterilización forzosa. Lo que implica es que si alguno lo hacía era una *posición personal*, del mismo modo que era una posición personal defenderla dentro de los círculos de la higiene mental. El movimiento de higiene mental en cuanto no hizo campaña contra la esterilización forzosa, que era la medida eugenésica negativa más popular. Sobre la oposición del neuropsiquiatra e higienista mental Abraham Myerson's a la esterilización forzosa, que significativamente no abarcaba todos los casos, y es una de las más conocidas véase Trent (2001).

En la actualidad la higiene mental se interesa no sólo en la prevención de los desajustes, sino que también en el desarrollo del mejor tipo de personalidad posible. Este objetivo podría llamarse “higiene mental positiva”. La higiene mental tiene fundamentalmente el mismo objeto que la eugenesia, pero a diferencia de esta última pone un énfasis considerable en la influencia de los factores ambientales. Sin embargo, no pasa por alto ni descuida la herencia, y puede decirse que incluye la eugenesia (Bridges, 1928, p. 8).

Los equipos de las clínicas de orientación infantil integraban tres tipos de profesionales —con sus competencias específicas— en una jerarquía de género y disciplinar bien delimitada, en la cúspide un psiquiatra hombre, por debajo de este un psicólogo —en ocasiones psicóloga—, y en la base, generalmente una trabajadora social (Hart, 1931; Horn, 1984). Éstas clínicas, que prontamente desplazaron su núcleo de intervención de la infancia delincuente a los pequeños problemas emocionales, de conducta y personalidad, de la infancia normal, así como su punto de engarce, de los tribunales y las cárceles a la institución escolar y familiar, habían tomado como referente de partida la investigación más importante a la que había dado lugar la colaboración entre William Healy —habitualmente considerado el padre del movimiento de orientación infantil— y Augusta F. Bronner —psicóloga encargada de los exámenes mentales— en el *Juvenile Psychopathic Institute* de Chicago (Kathleen W. Jones, 1999; Wagner, 1981).

En *The Individual Delinquent: A Text-book of Diagnosis and Prognosis for all Concerned in Understanding Offenders*, una obra monumental de más de 800 páginas, Healy (1915) analizó los registros de más de 800 jóvenes reincidentes de ambos sexos. Sus resultados se desplazaron de las teorías degeneracionistas predominantes, planteando un modelo «multi causal» del comportamiento delincuente. Éste mantenía el papel etiológico de la «herencia» pero se negaba a aceptar las teorías lombrosianas del criminal nato. Incorporaba «factores ambientales» que enfatizaban el «ambiente familiar», y, sobre todo, insistía en la importancia de los «factores mentales» y el estudio de cada caso en particular, con objetivos predictivos, de tratamiento y prevención.¹⁸⁵ Su conceptualización estaba influenciada por el psicoanálisis y por la psicobiología Meyeriana, que impregnaron todo el despliegue del movimiento de higiene mental. La psicobiología, es muy palpable en el modo en que Haley resolvió el debate *nature vs*

¹⁸⁵ Los factores ambientales que recoge son lo siguientes: Parent Alcoholic; Immoral Home Environment; Irritation at Home; Members of Family Immoral or Criminalistic; Severity and Harshness of Parent; Incompetent Parental Control; Home Uncongeniality; Parents Separated; Crowded Housing Conditions; Poverty; No Home; Parental Neglect; Theatres; Social Allurements; Schools irritation; Unsatisfactory vocation; Lack of Healthy Mental Interests; Influence of Newspapers; Influence of Pernicious Stories; Influence of Pictures; Especially Moving Pictures; Experiences During Custody.

nurture, en favor de la preponderancia de la intervención en la *actividad mental* como fuerza privilegiada en la etiología del crimen y los problemas conductuales:

la delincuencia es el *producto de una reacción personal a un entorno dado*. Y las reacciones de personas constituidas de manera diferente ante el mismo entorno varían inmensamente. [...] No siempre es fácil mantener un equilibrio claro entre los argumentos opuestos sobre la causalidad, por ejemplo, los de los especialistas en herencia frente a los entusiastas ambientales. [...] siempre debemos recordar que *la conducta es el resultado directo de la vida mental*. [...] Cualquier *defecto o peculiaridad de ésta última* [la actividad mental] debe ser considerado como mucho más inmediato en la causalidad del comportamiento que cualquier otra condición de vida. [...] La pobreza, las viviendas abarrotadas, etc., por sí solas, no son productivas del crimen. Sólo cuando estas condiciones a su vez producen *sugestiones, malos hábitos mentales e imágenes mentales de orden inferior*, se produce el problema de conducta (énfasis mío, Healy, 1915, pp. 283-284).

A inicios de los años 30, una vez finalizado el programa del *Commonwealth Found* para la prevención de la delincuencia juvenil, los niños y niñas «difíciles» o «problemáticos», que manifestasen desajustes «endógenos» o «exógenos», con respecto «al ambiente al que les ha tocado vivir», serán subsumidos en tres categorías de trastornos aceptadas para tratamiento por el *Institute for the Child Guidance* de Nueva York, la entidad guía en tales asuntos (Hart, 1931). La amplia variedad de condiciones que abarcaban éstas tres categorías —conducta, personalidad y hábitos—, no solo reflejan la interpenetrancia entre conductismo, psicoanálisis y psicobiología, sino que sancionó la virtual conversión de todo niño o niña, junto con su entorno de crianza, en objeto de patologización e intervención experta:

1. Infantes que presentan problemas por su comportamiento socialmente inaceptable (ya sea legalmente delincuente o no), tales como: berrinches, peleas, burlas, intimidación, desobediencia, comportamiento fardón [*show off behavior*], absentismo escolar, mentir, robar, rebelión contra la autoridad, crueldad, dificultades sexuales, etc. que se muestran en el hogar, la escuela o en otros lugares.
2. Infantes que presentan problemas que se manifiestan principalmente en reacciones de personalidad, tales como: reclusión, timidez, susceptibilidad, miedos, cobardía, imaginación excesiva y mentira fantasiosa, ‘nerviosismo’, infelicidad y llanto excesivos, terquedad, egoísmo, inquietud e hiperactividad, impopularidad con otros infantes, y cosas por el estilo.
3. Infantes que presentan problemas en la formación de hábitos, tales como: dificultades para dormir y comer, alteraciones del habla [...] tartamudeo, chuparse el dedo, morderse las uñas, masturbación, enuresis nocturna prolongada, etc. (Hart, 1931, p. 528).

La avanzadilla medicalizadora del movimiento de higiene mental sobre la infancia «normal» al amparo del *Commonwealth Found*, fue todo un éxito. En Estados Unidos, las clínicas de orientación infantil se implantaron rápidamente por todo el territorio nacional. Las 10 clínicas existentes en 1921, pasaron a ser 102 en 1927 y para 1930, había 500 clínicas permanentes operando bajo diversas nomenclaturas, mientras el número de ellas siga creciendo en los años posteriores (Rupke Richardson, 1987, p. 260). Estas

clínicas, que cerraban sus casos típicamente con el veredicto de *adjusted* (ajustado o ajustada) o *partially adjusted* (parcialmente ajustado o ajustada), reducían su intervención «ambiental» sobre los «desajustes» tipificados en niños y niñas al estrecho campo de las relaciones familiares y pedagógicas, y mucho más particularmente a la interacción diádica madre-infante (Horn, 1984; Kathleen W. Jones, 1998, 1999), que se convirtió en el elemento nuclear de intervención y modelaje de lo que deberían ser futuros individuos eficientes, felices y ajustados al orden social. Sin embargo, los artículos empleaban frecuentemente el término masculino genérico *parents* (padres):

Pronto se descubrió que si los resultados de estas investigaciones han de aplicarse en la infancia para prevenir futuras enfermedades mentales, inadaptación e infelicidad, los padres [*parents*] deben recibir un conocimiento práctico de la psicología infantil y de los principios de la higiene mental. Deben ser entrenados para adoptar una nueva actitud hacia el niño, y como esto implica a menudo un cambio profundo en su propia personalidad, la tarea es extremadamente difícil (Bridges, 1928, p. 7)

El foco interventivo en la relación diádica madre-infante dio lugar de forma hegemónica a la culpabilización de las madres, por los problemas, trastornos y desajustes tipificados en los infantes, convirtiéndolas a ellas también en objetos de tratamiento (Horn, 1984; Kathleen W. Jones, 1998, 1999). Así, la higiene mental, reforzó el androcentrismo, entre otros, colocando de forma hegemónica la responsabilidad de la crianza sobre la madre, mientras la figura del padre estaba «desaparecida» (Kathleen W. Jones, 1999). Las madres eran rutinariamente catalogadas como *overprotecting* o *rejecting* (sobreprotectoras o rechazando) (Bakker, 2020; Horn, 1984; Kathleen W. Jones, 1999). Dos categorías actitudinales de efectos específicos ampliamente estudiadas en los años 30 como aquéllas con una mayor carga de responsabilidad sobre los problemas diagnosticados en niños y niñas; mientras la sobreprotección tendía a dar lugar a infantes «sumisos», el rechazo resultaba en el desarrollo de cualidades «agresivas» (Horn, 1984). La culpabilización de las madres, pasaba desde las hipótesis etiológicas de Leo Kanner, padre de la psiquiatría infantil estadounidense y discípulo de Meyer, que en 1943 conceptualizó el «autismo infantil» que él mismo había establecido como enfermedad discreta, como el resultado de una madre «fría» y «obsesiva», hasta la hipótesis de la psicoanalista Frieda Fromm-Reichmann, quien en 1948, popularizó la atribución causal de la «esquizofrenia» al comportamiento ambivalente de la «madre esquizofrenógena» (Kathleen W. Jones, 1999, pp. 211-212). Estas hipótesis, eran formuladas evidentemente sin ningún tipo de análisis que abordase las opresiones de género a las que las mujeres mismas estaban sometidas (Chesler, 1972/2019). La desigualdad y la subordinación social desborda los análisis psiquiátricos y psicológicos, cuyas variables de intervención «ambiental», en el supuesto caso de ser abordadas

continúan hegemonícamente reducidas a las relaciones familiares moleculares sin abordar las estructuras molares, patriarcales, racistas, clasistas y capacitistas, en las que estas son conformadas.¹⁸⁶

La producción de literatura y la enseñanza en pautas de conducta sobre como educar y criar a niños y niñas partiendo de los principios de la higiene mental fue una actividad sumamente prolífica e importante para el movimiento de higiene mental, que lejos de centrarse tan sólo en la institución familiar, se aplicó intensivamente también a la escuela (Sol Cohen, 1983; Kathleen W. Jones, 1999). Entre los años 20 y 40, como evidenció Sol Cohen (1983, 1999) el movimiento de higiene mental también consiguió penetrar, modelar, y medicalizar la educación estadounidense a partir de la idea según la cual, la función principal de la escuela, lejos de ser la de instruir a infantes y jóvenes en un conjunto de conocimientos curriculares, debía servir al «desarrollo de una personalidad» sana, eficiente, feliz y ajustada. Como declaró el psiquiatra Ralph Truitt (1927, p. 270) jefe de la División de orientación infantil de NCMH, incluso las *child guidance clinics* llegaban tarde y las familias eran difíciles de alcanzar, por lo que para «prevenir la dependencia, la delincuencia, la locura y la insuficiencia general [...] la escuela debe ser el foco de nuestro ataque».

Una de las tareas más importantes en el «ataque a las escuelas», fue descentrar el énfasis de las materias curriculares, para poner el foco de las maestras y maestros en las necesidades emocionales de los niños y las niñas (Sol Cohen, 1983; Rupke Richardson, 1987). En esta cruzada, evitar el «fracaso» [*failure*] y reemplazarlo por el «éxito», era un objetivo de primera línea, en la medida en que el primero daba lugar a «sentimientos de inferioridad» y con ello a «mecanismos defensivos indeseables» o «desajustes» y problemas conductuales y de personalidad capaces de desembocar en la delincuencia, la ineficiencia o las «enfermedades mentales» (Sol Cohen, 1983, 1999). Por ello no solo las familias, y especialmente las madres, sino también las maestras y maestros, debieron convertirse en expertos en los principios de la higiene mental. En efecto, como declaraba

¹⁸⁶ El determinismo biológico que resurgirá con el neokrapelianismo desde el espacio estadounidense para institucionalizarse globalmente a partir del DSM-III, se beneficiará precisamente de una alianza con las familias, y particularmente con las madres organizadas en la *National Alliance on Mental Illness* (NAMI), que venían siendo históricamente culpabilizadas por las «enfermedades mentales» diagnosticadas en sus hijos e hijas. Para NAMI la hipótesis biológica de la «esquizofrenia» ofrecía sin duda alivio y desresponsabilización: «elimina la culpa de los miembros de la familia haciendo énfasis en la conexión de la enfermedad mental con la disfunción cerebral» (Shrader, 2011). Para una exploración de la alianza entre el determinismo biológico, la industria farmacéutica y la organización más importante de familiares norteamericana, propiciada contra el fondo de culpabilización maternal [*mother blaming*], que emanaba de las hipótesis psicogénicas, carentes de análisis de género, que había diseminado el movimiento de orientación infantil, véanse (Harrington, 2012; Harris, 2009; Medvene y Krauss, 1989; Silverstein, 1999).

en 1939 un manual de la *Progressive Education Association*, la organización más destacada del lobby educativo estadounidense, el hecho de que «las consideraciones de la higiene mental» debieran impregnar «toda la atmosfera de la escuela», hacía superfluas las distinciones entre «educación», «orientación» y «terapia» (citado en: Cohen, 1983, p. 137). En 1932, la *Conferencia de la Casa Blanca sobre Salud y Protección Infantil*, estipuló que «para todo infante la comprensión y la orientación de su personalidad es su derecho máspreciado» (citado en: Cohen, 1983, p. 136). Esta tendencia persistirá por largo tiempo, en gran parte también gracias a la emergencia entre finales de los años 20 y principios de los 30 del enfoque interdisciplinario de personalidad y cultura (Meyerowitz, 2010), del que nos ocuparemos más adelante. En 1950, la conferencia histórica de la Casa Blanca sobre Infancia y Juventud, se celebraba bajo el eslogan «Una personalidad sana para cada infante» (citado en: Cohen, 1983, p. 139).

Línea de Fuga

Si el informe de William Shirer es cierto, —y hay razones para creer que es cierto— en la Alemania nazi “la Gestapo ahora está eliminando sistemáticamente a las personas con deficiencias mentales del Reich. Un alemán de confianza ha estimado el número de 100.000. Creo que la cifra es muy alta, pero sin duda asciende a miles... las cartas enviadas a los familiares de las víctimas de los “asesinatos misericordiosos” reflejan el pensamiento sociológico (subyacente): “En vista de esta dolencia incurable, su muerte debe considerarse como liberación” (Kanner, 1942, p. 21).

A lo largo de los capítulos centrados en la higiene mental, vimos como ésta incorporó en su despegue los postulados eugenésicos, contribuyendo al escáner de la población y a la cruzada contra las personas tildadas de debilidad mental, que iba de la mano de aquélla lanzada contra las catalogadas como enfermas mentales, alcohólicas, prostitutas, delincuentes, etc. Tras la Gran Guerra, hemos visto como la higiene mental empezó a centrar sus esfuerzos biopolíticos en las relaciones de crianza y el desarrollo de la personalidad, un proceso que catalizó con el lanzamiento y expansión del movimiento de orientación infantil, y que entendimos como *complementario* a la eugenesia.

En el capítulo en el que analicé el exterminio Nazi, me referí al debate sobre la Eutanasia que publicó en 1942 la *American Psychiatric Association*, cuando se hizo público el programa Nazi de Eutanasia forzosa. Mi interés, entonces, era visibilizar el efecto del saber en el poder, en lo concerniente a la cuestión de la heredabilidad del «stock inferior» y las condiciones que en el marco de este debate fueron candidatas para el asesinato. Foster Kennedy (1942) introdujo el debate defendiendo el asesinato de

personas con diagnóstico de debilidad mental, en el mismo gesto en el que exoneraba a aquéllas con diagnóstico de esquizofrenia o locura-maniaco depresiva, dado que estas últimas categorías, a diferencia de la debilidad mental, en su opinión estaban genéticamente emparentadas con la genialidad. Quisiera retomar ahora este debate lanzándole otras preguntas que nos permitirán profundizar en la racionalidad de este desplazamiento y en la complementariedad entre las técnicas de la eugenesia y la mecánica de funcionamiento específica de la higiene mental: ¿Qué argumentos se arrojaron contra la eutanasia forzosa? Y sobre todo ¿Qué papel ocupó en el debate la interpelación a la higiene mental? ¿Cuál es su especificidad?

El segundo interviniente en el debate y el único que se plantó contra la eutanasia forzosa fue Leo Kanner discípulo de Mayer y padre de la psiquiatría infantil estadounidense. Kanner fundamentó sus argumentos en una crítica a la categoría homogénea de «debilidad o defecto mental» en tanto producto de la interpretación hegemónica que se daba a los tests de inteligencia, y en los efectos de exclusión que esta tenía indiferenciadamente.

Para Kanner había dos categorías, la del «defecto mental absoluto» cuya ineficiencia era universal a cualquier comunidad humana —sujetos de internamiento y esterilización—, y la de la «inadecuación intelectual», que incluía a aquéllas personas cuyas «limitaciones» resultaban de «los estándares culturales» y podrían funcionar perfectamente en «civilizaciones menos complejas, menos centradas intelectualmente» (Kanner, 1942, p. 19). Este segundo grupo, no requería institucionalización y podía desarrollar eficientemente trabajos manuales esenciales para la reproducción social, se trata fundamentalmente de los y las «moronas».

Los test de inteligencia tenían para Kanner, la utilidad de servir como medidas que orientaran la distribución de los individuos para trabajos manuales o intelectuales, todos ellos necesarios, pero más allá de la inteligencia existían otras «diferencias individuales» que impactaban en la eficiencia y respetabilidad social, por lo que la construcción absoluta de la superioridad/inferioridad en base al CI era producto de una homogenización injusta. Kanner criticó además, la tendencia dominante de las clínicas psiquiátricas que le eran contemporáneas y que estaban centradas en el ejercicio de la psicoterapia, —terapia de actitudes, terapia de liberación, de relaciones, interpretativa— a rechazar y tratar a personas con CI bajo, visibilizando como este se había constituido en un filtro de inclusión/exclusión, un argumento que apoyó citando al padre la psicología humanista, Carl R. Rogers, quien consideraba inaptas para la psicoterapia a las personas con CI bajo. No obstante, para Kanner, la esterilización era un procedimiento adecuado «para personas intelectual o emocionalmente inaptas para

criar hijos», entre las cuales se podían encontrar «psicópatas superdotados», pero era «una discriminación injusta» basar esta medida solamente en el CI (Kanner, 1942, p. 21). Así, la técnica predilecta de la eugenesia, la esterilización forzosa, es defendida por higienistas mentales desde una renovada racionalidad, esto es, la de las habilidades de crianza, pero también la de la eficiencia o el rendimiento y la utilidad social.

Hasta ahora sabemos muy poco sobre las leyes de la herencia. Pero incluso si fuera cierto que cada persona con un coeficiente intelectual bajo engendra descendencia con un coeficiente intelectual bajo, ¿realmente deseamos privarnos de las personas que necesitamos desesperadamente para una variedad de ocupaciones esenciales? Si decidiéramos eliminar a los intelectualmente inadecuados de hoy, experimentaríamos un desastre en comparación con el actual holocausto mundial que probablemente parecería una bagatela. Dejemos en paz a los recolectores de algodón, los deshuesadores de ostras y los envolvedores de paquetes, independientemente de su coeficiente intelectual, ¡siempre y cuando sean trabajadores y tengan una buena educación! ¡Pensemos, cuando recomendemos la esterilización, en el rendimiento individual más que en el coeficiente intelectual! (Kanner, 1942, p. 21).

El argumento clave de su defensa era la utilidad social y el rendimiento en trabajos esenciales de los «intelectualmente inadecuados», al que se le sumaba el humanitarismo y la condena del programa de eutanasia forzosa que estaba conduciendo el Nazismo, lo cual lo llevó a defender «la extensión de los ideales democráticos a los débiles mentales» y su exoneración, como medio de *redención* para «exonerarnos a nosotros mismos» (Kanner, 1942, p. 22). Interesantemente, aunque Kanner era higienista mental, en ningún momento trajo a colación los principios de la higiene mental contra la propuesta de exterminio. Será la editorial anónima —en defensa de los asesinatos de «débiles mentales» de baja categoría—, la que, poniéndolos a funcionar, revele su especificidad.

Según esta editorial anónima «los principios de la higiene mental», son potencialmente capaces de corregir y «modificar» las resistencias de las familias, esto es, el potencial «amor mórbido», que les impide entregar a sus miembros defectuosos a la «muerte misericordiosa». El punto más importante, el que requiere más atención y debe centrar los esfuerzos para la editorial, «es la relación misma entre progenitor o progenitora (*parent*) e infante (*child*)» y si ésta es «sana o mórbida» (Anonymous, 1942, p. 142). Se trata de una psiquiatría centrada en las interrelaciones que acontecen en la familia, orientada a corregirlas, a hacerlas más «sanas», una psiquiatría que ha tomado particularmente a las madres, como objetos de intervención.

Se afirma que el estado de ánimo de los padres/madres [*parents*] de un idiota puede convertirse en un tema de preocupación psiquiátrica tan justo como las interrelaciones en las familias de pacientes psicóticos, y que las reacciones nocivas necesitan corrección tanto en un caso como en otro (Anonymous, 1942, p. 142).

Para entonces, la concepción reactiva de las psicosis y otros trastornos o desajustes mentales —para los que no había causa orgánica conocida—, en la que Meyer había formado a tres generaciones de psiquiatras, estaba plenamente consolidada y, en sintonía con el psicoanálisis y la orientación infantil, se centraba en la familia, en el espacio inter-relacional de las reacciones —por decirlo en términos meyerianos— psicobiológicas. Desde esta perspectiva la «extrema devoción y cuidado otorgada al infante defectuoso» que mostraban algunas madres «incluso sacrificando» aquélla que pudiera ser entregada a sus «hermanos y hermanas normales», pudo ser conceptualizada como «mórbida». El «instinto y amor» maternal que resiste la pérdida incluso de un «infante defectuoso», a veces negándose a entregarlo a las instituciones, en este caso a la muerte «misericordiosa», es construido como una reacción mórbida, por indeseable, dado que la línea que separa lo normal y lo patológico es flexible (Anonymous, 1942, p. 142). Y aquí es donde entra la especificidad de la higiene mental, y el «problema psiquiátrico» que debe resolverse:

Este es precisamente el problema psiquiátrico al que se ha tratado de llegar en esta dilatada discusión, digamos, el “cariño” de los padres/madres [*parents*] de un idiota y su “querer” que se le mantenga con vida”. La cuestión entonces es si la actitud del padre o madre [*parent*] del infante defectuoso puede considerarse morbosa y, de ser así, si se puede y se debe hacer algo al respecto. Es difícil concebir cómo se puede sentir un afecto normal por una criatura incapaz de la más mínima respuesta: y el sentimentalismo exagerado o la devoción forzada que no puede servir a ningún propósito posible difícilmente pueden considerarse deseables. Cualquier cosa que se pueda o se haga para aliviar la mente de un padre o madre de la infeliz obsesión de la obligación o la culpa, y llevarle a una visión más desapasionada de una situación desesperada parecería ser una buena higiene mental (Anonymous, 1942, p. 143).

Es este espacio de los afectos, del amor, de la culpa, de las interrelaciones, de los factores que subyacen a la reacción mórbida, y la «modificabilidad» de dichos patrones, lo que constituye la especificidad de la higiene mental. Los «principios de higiene mental» son pautas de reacción, pensamiento y sentimiento, cuyos fines son móviles y flexibles, dependen en última instancia de aquello que pueda ser considerado como saludable o patológico, como normal o anormal, según el criterio racional de deseabilidad social que emite un experto u «observador independiente», que en este caso, no entiende el «deseo» de madres y padres de «mantener con vida» a sus «idiotas» (Anonymous, 1942, p. 142), porque estas personas son, en última instancia, construidas como vidas sin valor, vidas indignas cuya pérdida no debe ser lamentada ni llorada, vidas que en términos de Butler (2021) no son *duelables*.

Una «ciencia unificada sobre el hombre»

Después de todo, este problema es realmente no sólo un problema dominante en el campo de la salud pública, sino que va a ser el problema en el campo de la salud pública y las relaciones humanas. La conservación del cuerpo es un asunto de cierta importancia, pero [...] la conservación del poder cerebral y el poder emocional de la raza humana es un objetivo mucho más alto, y ese es el objetivo que se ha fijado este movimiento.

Charles Edward Amory Winslow fundador del *Yale Department of Public Health* y Presidente de la *Connecticut Society for Mental Hygiene*, 1928.¹⁸⁷

Tan sólo unos meses antes del crack económico que marcó el inicio de la Gran Depresión, el movimiento de higiene mental se inscribió en el lanzamiento de un experimento científico cooperativo sin precedentes. Cuyo objetivo buscaba romper las rígidas fronteras disciplinarias e «integrar», «correlacionar» o «sintetizar» los conocimientos adquiridos sobre la «naturaleza del hombre» y sus modos de conducta, a fin de promulgar formas de «ingeniería humana» y control social destinadas a resolver toda suerte de problemas sociales, gubernamentales y humanos relacionados con la ineficiencia y los desajustes (Angell, 1929; Hutchins, 1929; Winternitz, 1930). Lo que después de la Gran Guerra había empezado como un proyecto de inclusión de un Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental y de una *Psychopathic Clinic* en la *Medical School* de la Universidad de Yale, en Connecticut, locus de nacimiento de la higiene mental, a causa de problemas de financiamiento fue mutando con el devenir de los tiempos para cristalizar en 1929, en uno de los experimentos interdisciplinares más ambiciosos e importantes en las ciencias sociales y humanas de los años de entreguerras, que además tuvo continuidad hasta los 70, la creación del *Yale Institute of Human Relations* (Instituto de Relaciones Humanas) (Bryson, 2015; Capshew, 1999; Roberta Frank, 1988; Haraway, 1989; Morawski, 1986; Visel tear, 1984).

La fundación de este Instituto se inscribió en el punto de emergencia histórica de lo que podríamos llamar el *giro interdisciplinar en las ciencias sociales y humanas* que, empezó a desplegarse desde EEUU contra la hegemonía de la especialización científica entre mediados y finales de los años 20. Éste giro fue propulsado por un conjunto de actores implicados en una misma red en la que quedaron productivamente ensambladas agencias de investigación gubernamentales e independientes, universidades, agencias filantrópicas y agencias industriales, en un objetivo común que apuntaba a la gestión científica de la sociedad, al desarrollo de formas de «ingeniería humana» (Frank, 1988; Klein, 1990; Richardson, 1999; Seim, 2007). Entre las agencias de investigación y como precedente, destacó el *National Research Council* (NRC: 1916-presnte), una

¹⁸⁷ Citado en Dain (1980, pp. 239-240).

organización gubernamental estadounidense creada bajo el paraguas de la *National Academy of Sciences*, para movilizar la investigación científica en torno al esfuerzo de la Gran Guerra, que adquirió carácter permanente en 1918, y bajo la cual actuaron —entre otras— las Secciones de Neurología y Psiquiatría y la Sección de Psicología, dedicadas a la selección de los reclutas.¹⁸⁸ A éste primer esfuerzo científico cooperativo, cuyo énfasis era colocado en las ciencias naturales, se le sumó en 1923 la fundación del *Social Science Research Council* (SSRC, activo en el presente), a partir de una iniciativa de actores vinculados a la Universidad de Chicago que en palabras de Viseltear (1984, p. 872) establecieron, que:

la investigación científica social interdisciplinaria promovería una mejor comprensión de la sociedad y ayudaría a resolver algunos de sus principales problemas, como el despilfarro, la ineficiencia y los desajustes sociales y personales [...] las ciencias sociales obligarían a la universidad a ampliar sus recursos y considerar problemas comunitarios y sociales de carácter práctico [...] y la universidad, para lograr tales fines, tendría que derribar las barreras erigidas entre departamentos, programas y escuelas.

El SSRC, que nació tomando como modelo a las ciencias naturales, fue la primera coalición independiente de asociaciones académicas que aunó a las distintas disciplinas de las ciencias sociales en Estados Unidos.¹⁸⁹ Su objetivo era promover la integración disciplinaria y combatir la especialización, como medio para intervenir en los problemas de gobierno y favorecer el ajuste personal y social (Fisher, 1993; Julie Thompson Klein, 1990; Theresa Richardson y Fisher, 1999a, p. 12; Seim, 2007). Su importancia fue de carácter internacional. En contraposición con el modelo Europeo más estrechamente vinculado a las humanidades, el SSRC desde su identificación con las ciencias naturales y con el modelo médico de ciencia aplicada, marcó «el final del primer período en el desarrollo de las ciencias sociales estadounidenses y el comienzo del segundo en la institucionalización y expansión global de las ciencias sociales tecnocráticas en su forma actual» (Richardson, 1999, p. 12). Es, además, al SSRC, según Roberta Frank (1988) a

¹⁸⁸ El carácter permanente lo adquirió mediante la orden ejecutiva (número 2859) promulgada por el presidente Woodrow Wilson, según la cual el National Research Council debería tener la función de «estimular la investigación en las ciencias matemáticas, físicas y biológicas, y en la aplicación de estas ciencias a la ingeniería, la agricultura, la medicina y otras artes útiles, con el objeto de aumentar el conocimiento, fortalecer la defensa nacional y contribuir de otras maneras al bienestar público».

¹⁸⁹ Fue fundada por la American Political Science Association, la American Sociological Society (renombrada como American Sociological Association), la American Economic Association y la American Statistical Association, y tuvo como primer presidente a Charles E. Merriam (1874–1953), el profesor de ciencias políticas en la Universidad de Chicago que propuso la idea y cuya visión de las ciencias sociales era marcadamente conductista, es decir, enfatizaba una aproximación cuantitativa y objetiva que busca explicar y predecir la «conducta política», una corriente conocida como *behavioralism* de la que es reconocido fundador (Dahl, 1961; Worcester y Elbridge, 2001). En 1925 el SSRC ya incluía la American Psychological Association, la American Anthropological Association y a la American Historical Association. Actualmente es una organización de carácter internacional.

quien le debemos la primera acuñación del término «interdisciplinariedad» en 1930 que, con el tiempo desplazó a esos otros términos de mediados de los años 20, que se inscribían en un mismo ímpetu: *co-operative research*, *correlation of knowledge*, *interdependence*, *integration*, *synthesis*, y que fueron los que inicialmente emplearon quienes promovieron el *Yale Institute for Human Relations*. En el plano de la financiación filantrópica de esta empresa cooperativa y aplicada entre las ciencias sociales y humanas, destacaron la *Carnegie Corporation* y la *Rockefeller Foundation*, principal financiadora del SSRC, y en el ámbito Universitario, además de la Universidad de Chicago, la Universidad de Yale y la Universidad de Columbia —especialmente su Departamento de Antropología Cultural—, universidades entre las cuales existieron importantes solapamientos e intercambios.

Esta red tecnócrata estuvo conectada por individuos que ostentaban posiciones de poder en múltiples de sus nodulos. En los «niveles superiores» de esta red destacó uno de los promotores del Instituto de Relaciones Humanas de Yale, el psicólogo funcionalista y director de tesis de John B. Watson —padre del conductismo—, James Rowland Angell (1869-1949) (Bryson, 2015). Quien, en palabras de Donna Haraway (1989, párr. 12.31): «representó paradigmáticamente las elaboradas interconexiones entre la universidad, la industria, la filantropía y la política científica en el desarrollo de las estructuras materiales y las ideologías de la gestión científica de la sociedad». Para 1929, año de fundación del Instituto, Angell era presidente de la Universidad de Yale (1921-1937), cargo que mantuvo durante más de quince años, y fideicomisario de la *Rockefeller Foundation* (1928-1936). Previamente había presidido el Departamento de Psicología de la Universidad de Chicago (1905-1919) había sido decano de sus facultades universitarias (1911-1919) y presidente de la Universidad de Chicago (1918-1919); del *National Research Council* (1919-1920) y de la *Carnegie Corporation* (1920-1921); además, había dirigido la *New York Life Insurance Company* y la *National Broadcasting Company* y servido en el NCMH (Haraway, 1989; Hunter, 1949). El SSRC, había sido cofundado por el discípulo predilecto de Angell, el psicólogo Beardsley Ruml, director de proyectos del *Laura Spelman Rockefeller Memorial* (1922-1929), cuya política residía en otorgar financiación a proyectos interdisciplinarios que aglutinaran las ciencias naturales y las ciencias sociales en torno al problema común del comportamiento humano (Bulmer y Bulmer, 1981; Gillespie, 1993; Seim, 2007).¹⁹⁰

¹⁹⁰ Robert Yerkes, Beardsley Ruml y James Rowland Angell, junto con John B. Watson y Edward L. Thorndike, entre otros, habían participado de la Sección de Psicología afiliada al *National Research Council*, que se dedicó a aplicar los test de inteligencia para la selección de los reclutas estadounidenses en el contexto de la primera guerra mundial (Bulmer y Bulmer, 1981; Yerkes, 1919).

El «giro interdisciplinar» estuvo enmarcado en las lecciones que los científicos estadounidenses extrajeron de su esfuerzo de administración científica de la Gran Guerra, dónde las preguntas más relevantes giraron en torno a las causas que la desataron, a los problemas/soluciones de ineficiencia que se revelaron en el esfuerzo, y a los remedios que deberían aplicarse a continuación al conjunto de la sociedad. En esta línea, los científicos sociales de Chicago conceptualizaron la Gran Guerra como una consecuencia de la ruptura de las agencias políticas y sociales diseñadas para el control de las «relaciones internacionales» y como un quiebre en las «relaciones humanas», y estipularon que las universidades debían implicarse en proyectos de «ingeniería humana» capaces de prevenir y solucionar los desajustes personales y sociales y la ineficiencia en toda suerte de ámbitos (Angell, 1929; Viseltear, 1984).

Sincrónicamente, en el plano de la cooperación internacional, la higiene mental empezó a ser vista como un instrumento capaz de proporcionar soluciones a los problemas de relaciones humanas que habían causado «la guerra y agresión tan horriblemente evidenciadas» (Dain, 1980, p. 239; Thomson, 1995). Para finales de los años 20 el movimiento de higiene mental ya había experimentado un importante proceso de internacionalización y desarrollado un «vínculo único con las relaciones internacionales» (Thomson, 1995, p. 283).¹⁹¹ Además, cómo vimos, constituía en el plano nacional un importante precedente cooperativo en las ciencias humanas y sociales, tanto en lo que respecta a su cruzada eugenésica como a través del movimiento de orientación infantil. Este último, que por entonces estaba en pleno apogeo nacional y en proceso de expansión internacional, venía promoviendo un intenso desarrollo profesional y «cooperativo» del psicoanálisis, la psiquiatría, la psicología, el trabajo social y la práctica judicial.

Muchas de las personas vinculadas a los círculos de la higiene mental, pensaron que la ruptura de las relaciones internacionales fue causada por «una enfermedad mental europea, antagonizada por las ansiedades de la animosidad nacional de antes de la guerra» (Thomson, 1995, p. 283). Por lo que la higiene mental podría aportar «la clave para comprender el comportamiento y su manipulación en aras de la paz a través del conocimiento, la educación y el tratamiento» (Dain, 1980, p. 239). Un avisado participante de Nueva Zelanda del *First International Congress on Mental Hygiene* que tuvo lugar en 1930 en Washington y que congregó a participantes de al menos 41 países,

¹⁹¹ La década de los años 20 se cerró, en plena Depresión, con el *Primer Congreso Internacional de Higiene Mental* en Washington. Para entonces ya existían sociedades de higiene mental en al menos 22 países, Todo un éxito, al que Beers le venía dedicando mucha energía (Dain, 1980; Garton, 1994; Gutiérrez Avedaño, 2021; Thomson, 1995).

puso de relieve como la higiene mental, se estaba constituyendo como un nodo que integraba y asimilaba a las diferentes ciencias humanas:

Dado que existen problemas de higiene mental en casi todos los campos de las relaciones humanas, no sorprende que algunos pensadores lleguen al extremo de considerar cada ciencia de la humanidad como un departamento de higiene mental. Su función principal es claramente la profilaxis, siendo la psicología, el psicoanálisis y la psiquiatría las fuentes más directas de datos y métodos. Cuando llegan a enfatizar el lado positivo, los higienistas mentales tienden a incluir muchos temas en su especialidad y a asumir como parte de su campo, problemas que se consideran con mayor seguridad en las disciplinas de la antropología, la economía y la ética social. Si bien los principios de la profilaxis mental deben presentarse persistentemente ante los especialistas de estos campos relacionados, la expansión excesiva del nuevo movimiento no puede sino conducir a un pensamiento suelto, confusión de cuestiones prácticas y falta de preservación del debido equilibrio entre los diversos motivos para el bienestar. La salud nunca puede ser el ápice en la jerarquía de valores perseguidos por una sociedad saludable (Field, 1930, p. 227).

Al menos desde 1925 Beers, quien se consideraba a sí mismo a *Yale man*, planeaba establecer de modo permanente en la Universidad de Yale el *International Institute of Mental Hygiene*, «donde hombres y mujeres de todo el mundo puedan unirse para trabajar y planificar una civilización que comprenda mejor la importancia de las personas, los grupos y las naciones mentalmente saludables» (Ruggles, 1944, p. 98). Este Instituto, que fue definido por Beers como un «centro internacional para la recopilación y difusión de información sobre todos los temas relacionados con la salud mental, la eficiencia y el bienestar de la humanidad» (Dain, 1980, p. 253), pese a contar con el beneplácito del presidente Angell de la Universidad de Yale, nunca llegó a realizarse, a causa de los problemas financieros de NCMH durante la Gran Depresión (Thomson, 1995). El Instituto de Relaciones Humanas corrió, sin embargo, una mejor suerte, al obtener una sólida financiación de Rockefeller por cinco años, tan solo unos meses antes del Crack del 29, y prorrogarla posteriormente.

A continuación, propongo un despliegue genealógico entorno a la creación de este Instituto y sus derivas en el «proyecto cooperativo de estudio del hombre» en tanto caso paradigmático y precedente de relevancia internacional. Este análisis es importante porque nos permitirá comprender los desplazamientos mediante los cuales se constituyó el proyecto interdisciplinar y de alianza entre la psiquiatría y las ciencias sociales y humanas, que acabará despuntando después de la Segunda Guerra Mundial, como proyecto de producción de un tipo específico de ciudadanía mundial, bajo la rúbrica del derecho humano a la salud y a través del campo de acción de la salud mental, algo que abordaremos en el próximo capítulo.

*Del Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental
al Instituto de la Conducta Humana*

En la promoción del Instituto de Relaciones Humanas de Yale fueron personajes clave, además de Angell, por entonces presidente de la Universidad de Yale; Milton Charles Winternitz (1885-1959), médico, patólogo, promotor de la medicina social y decano de la *Yale Medical School* (1920-1935); y: Robert Maynard Hutchins (1899-1977), filósofo de la educación, decano de la *Yale Law School* (1927-1929) y posterior presidente de la Universidad de Chicago durante más de quince años (1929-1945) (Capshe, 1999; Visel, 1984).

Todo empezó cuando Winternitz, para quien la psiquiatría constituía una aproximación nueva a toda la medicina más que un subcampo de ésta, comenzó impulsando la apertura de un Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental en la *Yale Medical School* (Visel, 1984). Éste, que fue el tercero de Estados Unidos, tomaba como modelo el Departamento de Psiquiatría de la *Johns Hopkins Medical School* dirigido por Meyer y vinculado a la *Phipps Psychiatric Clinic*, por lo que debía incluir una *Psychopathic Clinic*, donde el tratamiento, la formación y la investigación se dieran la mano (Engel, 1995; Winternitz, 1930).¹⁹²

Entre 1925 y 1926 Arthur H. Ruggles (1881-1961), superintendente del *Butler Hospital* en Providence, y presidente del Comité Ejecutivo del NCMH, se convirtió en el primer profesor de psiquiatría de la Universidad de Yale, algo que Beers vio como el inicio de la realización de un viejo sueño (Dain, 1980). Su contratación llegaba con el objetivo de desarrollar el Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental, iniciar la *Psychopathic Clinic* y lidiar con los problemas comportamentales y de higiene mental que emanaban del cuerpo de estudiantes, para lo cual contribuyeron los fondos de la *Rockefeller General Education Board* y de la *Commonwealth* (Dain, 1980; Engel, 1995; Winternitz, 1930).

Con la incorporación de Ruggles, el «limitado valor de los medios curativos» y la «mayor importancia de la prevención», junto con los valores de eficiencia, felicidad y ajuste al ambiente que predicaba el movimiento de higiene mental, penetraron la *Medical School* de Yale, a través —según Winternitz—, de un conjunto de lecturas en higiene mental que probaban:

¹⁹² El Departamento de Psiquiatría de la Johns Hopkins fue el primero que establecía la psiquiatría como disciplina científica de carácter autónomo en Estados Unidos, a éste le siguieron el de Harvard, que empezó sus actividades en 1920 cuando un discípulo de Meyer (Charles Macfie Campbell) se trasladó a Boston, y posteriormente el de Yale, instituido por Winternitz (Engel, 1995).

que no son sólo los locos y los parcialmente locos quienes necesitan ayuda. Los individuos mentalmente normales, incluso los supernormales, merecen atención, desde el punto de vista no sólo de prevenir el trastorno, sino también de hacerlos más eficientes y felices (Winternitz, 1930, p. 57).

En consecuencia, tras asegurar los servicios de Ruggles, para Winternitz (1930, pp. 57-58) se hizo pronto «evidente» que la *Psychopathic Clinic*, que había iniciado actividades con el mantenimiento de unos pocos pacientes, no constituiría «un paso satisfactorio [...] en el estudio conductual tanto de los cuerdos, de los supercuerdos [*supersane*], como de los locos». Otras cuestiones necesitaban respuesta: «¿De qué depende la conducta?; ¿Cuáles son los aspectos básicos sobre los cuales descansa la comprensión de la conducta? ¿Existen recursos valiosos a mano para los estudios que se deben realizar?».

La consideración entorno a los recursos existentes en Yale, capaces de estudiar el «organismo humano como un todo», llevó a Winternitz a la idea de crear, como extensión natural del Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental, un Instituto que aunara geográficamente en un mismo edificio todas las disciplinas existentes en Yale interesadas en el problema de la «conducta humana», al cual inicialmente bautizó —en aparente honor a Meyer— como el *Institute of Psychobiology* (Engela, 1995), para posteriormente renombrarlo como el *Institute of Human Behavior* (Winternitz, 1930). Este plan, buscó integrar el Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental con dos organismos independientes de la Universidad de Yale operativos desde 1924 que, según Hutchins (1929, p. 187) habían nacido «del trabajo previo establecido por la higiene mental» gracias a la financiación del *Laura Spelman Rockefeller Memorial* (Capshaw, 1999).

Esto es, el *Institute of Psychology*, propulsado por el presidente Angell inicialmente bajo el nombre de *Institute of Psycho-Biology*, dirigido por el profesional de la psicología comparativa que lideró la aplicación de test de inteligencia a los reclutas estadounidenses en la Gran Guerra (Robert Yerkes), un profesional de la psicología experimental (Raymond Dodge) y, un tercero de la antropología (Clark Wissler);¹⁹³ y el *Department of Research in Child Hygiene*, también conocido como *The Yale Psycho-*

¹⁹³ Es probable que el concepto de «psicobiología» que manejaba Winternitz, proviniera de Adolf Meyer, dado que tenía como referencia a la psiquiatría y particularmente la concepción holística del ser humano como un todo, que defendía Meyer. No obstante, es preciso mencionar que el concepto de psicobiología tenía también otras acepciones dentro del ámbito mismo de Yale. Particularmente Robert Yerkes, profesor de psicobiología y Director de los *Yale Laboratories of Primate Biology* empleaba el término en psicobiología «un sentido completamente diferente» al de Meyer, algo que generaba «confusión» como el mismo aseveró en su correspondencia (citado en, Roofe, 1965, p. 190). Por otro lado, es muy probable que el concepto de psico-biología que manejaba Angell, y que dio lugar al primer nombre del Instituto de Psicología, estuviera enmarcado en la acepción de Yerkes.

Clinic, centrado en el estudio del desarrollo normal del infante preescolar y dirigido por Arnold Gesell. Así, el esquema del *Institute of Human Behavior*, que Winternitz propuso en 1926, llamaba a la creación de «un edificio que reuniera todos estos intereses bajo un mismo techo, y una organización que les permitiera operar efectivamente como una unidad», debiendo tan solo ampliar el personal en psiquiatría, las camas en psiquiatría, y continuar el trabajo sobre higiene mental ya empezado (Hutchins, 1929, p. 188).

El proyecto de Instituto de la Conducta Humana de Winternitz, que incluía la construcción de un edificio al lado del *New Haven Hospital* para asegurar la «correlación» adecuada, en materia de investigación, formación y aplicación de los conocimientos de las disciplinas dedicadas a la conducta humana, esto es, «la psicología, la biopsicología, la antropología, el psicoanálisis, la psiquiatría y la higiene mental», cayó en simpatía del presidente Angell, que era un pionero en el concepto de la investigación cooperativa (Engela, 1995) pero se vio retrasado por falta de financiamiento, lapso en el cual se produjo un nuevo desplazamiento que concluiría con el lanzamiento de un proyecto de estudio «cooperativo del hombre» mucho más ambicioso (Angell, 1929; Hutchins, 1929; Winternitz, 1930).

*Del Instituto de la Conducta al de las Relaciones Humanas:
la incorporación de las ciencias sociales*

Por aquel entonces, la *Yale Law School*, cuyo decano era Hutchins (1929, p. 118), estaba experimentando una apertura disciplinar, orientada a situar «el lugar y la función de la ley en la sociedad». En esta línea, Hutchins decidió agregar a la plantilla de la *Yale Law School*, no a «abogados de admirable competencia, pero sin ideas», sino a un politólogo, a un economista y a un psicólogo. Además, alentó a sus miembros más jóvenes a estudiar ciencias sociales, amplió los fondos de la Biblioteca para incluir a estas disciplinas y aprovechó «todas las oportunidades para cooperar con el grupo de ciencias sociales de la Universidad, y finalmente agregó dos profesores de ese grupo a su propio número». En la base de esta transformación yacía, algo así como el devenir natural de las nuevas concepciones preventivas aplicadas a la salud y al derecho, que en su vertiente más práctica se había convertido en una especie de *counselling* médico-psiquiátrico.

Obviamente, la Facultad de Medicina y la Facultad de Derecho tendían hacia el mismo centro, el estudio del comportamiento humano. [...] en el pasado las facultades de medicina se han preocupado principalmente por las enfermedades más que por las personas que las padecen, y las facultades de derecho tradicionalmente no han creído que se preocuparan en absoluto por las personas. Concebían que su único deber era el análisis de estatutos y opiniones judiciales, un proceso que presumiblemente le daba al

estudiante una “mente legal” [...] sin embargo, el cambio de énfasis en Yale fue solo superficialmente inusual. La concepción de la medicina preventiva conduce a la concepción de la salud como un atributo positivo, esto a su vez conduce al estudio del individuo completo como animal social. No pasará mucho tiempo antes de que la concepción del derecho preventivo gane un arraigo igualmente fuerte en las facultades de derecho; pues ya es la concepción de la rama practicante de la profesión. El trabajo principal del abogado hoy no es remendar casos patológicos, sino asesorar a los hombres en sus relaciones sociales, económicas y políticas para que puedan evitar enfermedades. Y esto significa, también, que el abogado debe comprender a las personas y la sociedad en la que viven (Hutchins, 1929, pp. 188-189).

A partir de esta transformación en la *Yale Law School*, surgió la propuesta de que el nuevo Instituto, que parecía posponerse indefinidamente, incorporase, no sólo a las *disciplinas psi*, sino también al derecho y las ciencias sociales, que tendían igualmente hacia la prevención, el estudio del comportamiento humano y la promoción del ajuste social. En palabras de Winternitz (1930, p. 58) «el reconocimiento del hecho de que el individuo no puede ser estudiado como organismo psicofísico a menos que sea considerado también como miembro de la sociedad, y que no puede ser entendido como miembro de la sociedad a menos que sea estudiado como individuo, condujo a un programa conjunto para el estudio del hombre».

Con Winteritz, Angell y Hutchins a la cabeza, este programa integrativo dio lugar al *Human Welfare Group*, una compleja asociación voluntaria que incluía a todas las divisiones universitarias de Yale relacionadas de algún modo con las ciencias humanas, además de otras agencias públicas y privadas de New Haven, bajo el «objetivo común» de desarrollar una «mejor concepción y una administración más inteligente de la conducta física, mental y social de los seres humanos». ¹⁹⁴ La consecución de éste objetivo de gobierno, pasaba por un proceso de integración técnica y arquitectónica, cuya institución estrella, en tanto nódulo de «correlación de conocimientos», debía ser el *Institute of Human Relations*. Este plan había sido desarrollado con la ayuda de un comité consultivo del *Human Welfare Group*, que integró a destacados líderes del movimiento de higiene mental, entre ellos, como presidente a William Henry Welch, además de Adolf Meyer, Clifford Beers, Lewellys Franklin Baker, entre otros personajes

¹⁹⁴ Entre las unidades incluidas hasta ahora [en el *Human Welfare Group*] se encuentran la Escuela de Medicina de Yale, la Escuela de Enfermería de Yale, el Hospital y Dispensario de New Haven y el Instituto de Relaciones Humanas. En Instituto de Relaciones Humanas, diseñado para la investigación cooperativa, se encuentran la unidad de estudio del desarrollo infantil, la unidad de psicobiología comparada, las divisiones de posgrado de psicología y ciencias sociales, y un grupo de investigación y clínica en higiene mental y psiquiatría. Están afiliados a través del Instituto divisiones tales como la Escuela de Graduados, la Escuela de Derecho, la Escuela de Teología, algunos de los grupos de ingeniería y los departamentos universitarios de instrucción en los fundamentos de biología y sociología (Human Welfare Group, 1929). Para más información sobre el *Human Welfare Group* véase J. G. Morawski (1986).

relevantes, como Franz Boas, padre de la antropología estadounidense, Walter Lippmann, John Dewey, Ida Tarbell y Ray Lyman Wilbur.¹⁹⁵

El *Human Welfare Group*, era comparado por sus creadores con una «casa», cuyos cimientos eran las secciones universitarias dedicadas a los «estudios fundamentales» de la biología y la sociología. Sobre estos cimientos, en la planta principal de la casa imaginaria, se alojaban las disciplinas científicas aplicadas —como el derecho y la medicina— y las instituciones sanitarias afiliadas, el *New Haven Hospital*, que atendía a unas 6.000 personas al año, y su Dispensario, que atendía a más de 50.000 visitas anuales. Estos núdulos deberían realizar los «contactos con la comunidad» y servir de laboratorio para el estudio psicológico, sociológico y económico de los sujetos, conducido separadamente por estudiantes o expertos en medicina, derecho y sociología. Posteriormente, «esta información» debía llevarse «al piso superior de la casa imaginaria. Aquí, con una perspectiva más amplia, sociólogos, psicólogos, psiquiatras, economistas y biólogos, el personal del *Institute of Human Relations*, se aplican a la tarea de determinar la importancia relativa de los hechos ensamblados» (Human Welfare Group, 1929, p. 12).

El Instituto de Relaciones Humanas, incluía, en tanto nódulo de correlación de conocimientos, «la unidad de estudio infantil a cargo del Dr. Gesell, dedicada a rastrear la conducta humana hasta la primera infancia; la unidad de psicobiología comparativa a cargo del Dr. Yerkes, dedicada al estudio de formas animales más simples que el hombre; las divisiones de posgrado de psicología y ciencias sociales; y el departamento de psiquiatría e higiene mental» (Human Welfare Group, 1929, p. 12). A su vez, el Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental debía dotarse de 50 cámaras para «huéspedes [...] seleccionados de todos los ámbitos de la vida», lo que incluía, a personas cuya libertad «no es deseable», además de otras derivadas del hospital, del dispensario, del tribunal de menores, del tribunal penal, así como algunas que acudirían por su propio pie. En conexión con estas cincuenta cámaras de huéspedes, operarían las varias «instalaciones recreativas» y «laboratorios» a fin de hacer posible «la medición de reacciones subjetivas mediante métodos que se han utilizado con éxito en medicina, psicología e industria» (Winternitz, 1930, p. 58).

El *Human Welfare Group* prometía hacer desembocar esta empresa cooperativa, dedicada al estudio y a la administración de la conducta humana en su intersección con la organización social, en el establecimiento de formas de «ingeniería humana» capaces de incrementar el «bienestar» y la «felicidad» de la población, dos conceptos

¹⁹⁵ Véase Arthur Viseltar (1984, p. 878).

intercambiables en sus discursos. La «felicidad», ese tropo asociado —como el bienestar— difusamente con todo lo *deseable*, podía ser formulada en términos muy vagos como «el mayor bien para el mayor número» (Winternitz, 1930, p. 59). ¿Pero en qué consistía exactamente este «mayor bien»? Desde la perspectiva funcionalista y evolutiva que adoptaba el movimiento de higiene mental, como hemos visto, la felicidad era sinónimo del éxito en la vida, el cual, a su vez se derivaba naturalmente del ajuste eficiente entre el individuo y el ambiente; discurso que también predicaba el *Human Welfare Group*. En efecto, cuando un estudiante avisado preguntó a Winternitz en el contexto de promoción del Instituto cómo definía la «felicidad», éste le respondió, como evidencio Viseltear, con absoluta transparencia, lo que era de esperar:

No me sorprende que preguntes qué entendemos por “felicidad”. El término, usado a menudo por nuestro grupo, necesita ser definido. He reflexionado sobre la cuestión de la felicidad desde la universidad y finalmente he llegado a una conclusión bastante satisfactoria. La felicidad puede medirse sólo en la medida en que el organismo psicofísico se adapta a su entorno. El proceso de adaptación implica un intercambio de estímulos entre el individuo y su entorno (citado en, Viseltear, 1984, p. 882).

El *Yale Institute for Human Relations*, se hizo posible en 1929 fundamentalmente gracias a la financiación filantrópica de la *Rockefeller Foundation* y del *Laura Spelman Rockefeller Memorial*, antes de que éstos se fundieran en 1929, y renovaran los fondos para el Instituto por un período de 10 años más en 1939 (Capshe, 1999; May, 1971). El objetivo explícito del Instituto todavía ejecutivo en los 70, estaba orientado a «lograr dos fines principales: primero, realizar investigaciones sobre los problemas básicos de la naturaleza humana y el orden social; y segundo, formar personal calificado para trabajar en estos campos» (May, 1971, p. 142).

Para Angell (1929), la tarea de «correlación» y «síntesis» de conocimientos que debía realizar el Instituto respondía a un problema de ajuste e «ingeniería humana» que venía planteándose con la industrialización y se había exacerbado durante la Gran Guerra, dónde «a pesar de los mejores esfuerzos de miles de personas inteligentes y dedicadas, la cantidad de clavijas redondas que aparecieron en agujeros cuadrados fue poco menos que terrible» (p. 583). Un problema que afectaba a todas las instituciones; las agencias sociales, la industria, los tribunales, las escuelas y los hospitales revelaban «una misma historia sobre la falta de reconocimiento y tratamiento efectivo de los rasgos humanos existentes en su relación con el orden social» (pp. 583-584). Ante tales desajustes, el Instituto de Relaciones Humanas prometía un «conocimiento penetrante y utilizable de la naturaleza humana», que llevaría a entender la «organización y los resortes de la conducta humana», el «carácter de las enfermedades psíquicas» y «las condiciones de salud normal», porque al fin y al cabo, como psicólogo e higienista mental, Angell

consideraba que la mayoría de «los desajustes sociales y personales de nuestro tiempo [...] dependen directa o indirectamente de condiciones anormales de la mente y el cuerpo» (p. 584).

En otras palabras, obviamente había llegado el momento de alguna forma de ingeniería humana que nunca antes había existido. ¿Cómo puede la sociedad enfrentarse al problema de su propia organización, de manera que la proporción de felicidad humana y logros satisfactorios sea mayor, y la proporción de sufrimiento y fracaso humanos disminuya? [... No] debe olvidarse que la ingeniería humana, como todas las demás ingenierías sólidas, debe descansar sobre una base sólida de ciencia pura (Angell, 1929, p. 584).

El Instituto constituiría un «mecanismo plástico y flexible» para el «ataque científico cooperativo» de los «más urgentes problemas del ajuste personal y social», capaz de coordinar las técnicas de las distintas disciplinas dedicadas al estudio de la vida y la conducta humana, abordando su dimensión individual y grupal, esto es, «desde los puntos de vista biológico, psicológico y sociológico» (Angell, 1929, p. 585). Una empresa biopolítica de correlación bio-psico-social sin precedentes conocidos, que:

está destinada no sólo a lograr un éxito distinguido dentro de los muros de Yale, sino también uno que con certeza razonable ejercerá una influencia duradera sobre el procedimiento de todas las instituciones de educación superior y sobre el pensamiento de los hombres de todo el mundo que se preocupan por el conocimiento y el control de la naturaleza humana (Angell, 1929, p. 558).

Un Mundo Feliz, publicado en 1932 por Aldous Huxley, nieto del biólogo evolutivo británico que tanto influyó en el pensamiento de Meyer (Thomas Henry Huxley) es, sin duda, la distopía que mejor lleva a lo hiperbólico el proyecto utópico de «ingeniería humana» que despuntaba en este período de entreguerras, aglutinando tecnologías de gobierno —esto es, de conducción de conductas— y de producción de lo humano, que persisten en nuestro mundo. La distopía de Huxley presenta una sociedad científicamente organizada, dónde la felicidad coincide con el ajuste de las mentes y los cuerpos de los individuos al destino social y productivo para el que han sido creados y modulados mediante la eugenesia, la sugestión y el condicionamiento. Dónde, «el problema de la felicidad» en tanto perfecto ajuste entre los individuos y la eficiencia del sistema social, ha quedado prácticamente resuelto, en la medida en que los cuerpos científicamente producidos para el trabajo y el rol social que habrán de desempeñar, han «aprendido a amar su propia servidumbre» (Huxley, 2021, p. 16). La principal preocupación que mostraba Angell, en palabras de Huxley (2021, p. 17), «las clavijas redondas en agujeros cuadrados [que] tienden a alimentar pensamientos peligrosos sobre el sistema social y a contagiar su descontento a los demás» fueron en el mundo de Huxley prácticamente extintas mediante la ingeniería humana.

Para los pequeños deslices y trastornos emocionales, Huxley introdujo las «vacaciones del soma» y el consumo de sexualidad frecuente y con múltiples personas de estratos aceptados de la propia casta, en la que se castigaba el desarrollo de vínculos emocionales y la monogamia. La primera medida resuena con los contemporáneos psicofármacos, aunque en nuestro caso tenemos uno para cada «síntoma», y deben consumirse preferentemente de manera crónica y en cocteles, sobre todo en el caso de los sujetos constituidos como «ineficientes», «dependientes» o «patológicos», en la medida en que así garantizan la acumulación de capital para las grandes farmacéuticas. La segunda medida evoca las aplicaciones y redes sociales de «citas», como *Tinder* o la más trumpista, *The Right Stuff*, que se sostienen en el progreso tecnológico de la comunicación mediada por las TIC, en la ruptura de la frontera entre lo humano y la máquina —como diría Haraway— conectada por satélites.

Quizás, la diferencia más fundamental entre el mundo de Huxley y el proyecto que buscó propulsar el Instituto de Relaciones Humanas, consiste en que Huxley diseñó su organización social de castas perfectamente estandarizada, fordista y de consumo, decidiendo desprenderse de los ideales del progreso científico y de la democracia, en favor de la Estabilidad, la Identidad y la Comunidad de un régimen totalitario, que no aceptaba innovación alguna, en la medida en que ya había llegado al más perfecto equilibrio de ajuste entre individuo y orden social.

La noción de «relaciones humanas» en tanto nuevo objeto de investigación se asentó en una misma idea, la de que «el individuo y el grupo sólo pueden entenderse en relación uno con el otro» (Capshew, 1999, p. 150). El descubrimiento del «grupo» como ha demostrado Nikolas Rose (1996, 1999, 2016), con un análisis centrado en el ámbito de la industria y en las conclusiones de Elton Mayo respecto al *Hawthorne Study* de la *Western Electric Company* publicadas en 1933 (Mayo, 2003) —quien es considerado el padre del enfoque de las relaciones humanas— es una innovación de entre finales de los años 20 y principios de los años 30, al igual que la medición de las «actitudes».¹⁹⁶ Estas formas de cartografiar los espacios intersubjetivos e intergrupales, que abrieron infinitos campos de estudio —incluido el de los prejuicios— señalan el despegue de la psicología social como disciplina específica que, en Estados Unidos y el mundo

¹⁹⁶ La investigación de Mayo, está íntimamente ligada a la red o movimiento interdisciplinar que dio lugar al *Institute for Human Relations*. Tras años de dedicación del movimiento de higiene mental al estudio de los problemas de la industria, la carrera de Mayo en Estados Unidos, partió de su interés en la «psiquiatría industrial» o, como prefería llamarla, la «psicopatología». Mayo fue ampliamente financiado por el *Laura Spelman Rockefeller Memorial*, gracias al apoyo el director de proyectos de la institución filantrópica, Beardsley Ruml (1922-1929), el discípulo predilecto de Angell (Bulmer y Bulmer, 1981; Gillespie, 1993; Seim, 2007).

anglosajón se alzó bajo la bandera de la democracia (Rose, 1996, 1999, 2016). A finales de los años 20 la psicología en sí misma, era vista como la disciplina estrella de un innovador proyecto de integración bio-psico-social del factor humano, aquélla que debería mediar entre lo biológico y lo sociológico, entre la naturaleza y la cultura, entre el individuo y el grupo. Así lo evidencia el proyecto del *Institute for Human Relations*, cuyo plan:

tal como se presentó finalmente, requería una organización que pudiera unirse en el estudio del hombre, aportándole los recursos y técnicas de las ciencias biológicas con sus aspectos aplicados tal como se representan en la medicina, y de las ciencias sociales con sus aspectos aplicados tal como se representan en el derecho. En el centro, con bastante claridad, está la psicología, el eslabón de conexión entre las ciencias biológicas y las sociales (Hutchins, 1929, p. 118).

De hecho, con alta probabilidad, me atrevo a plantear que el término «relaciones humanas», fue propuesto por científicos sociales en su esfuerzo por producir individuos educados, no solo en una profesión particular, sino también en las formas de conducirse por lo cotidiano que estipularon las ciencias médicas preventivas, muy especialmente la psiquiatría y la higiene mental, y las ciencias jurídicas, cuyo énfasis respecto a las obligaciones del «buen ciudadano», recaía en la gubernamentalidad democrática liberal, androcéntrica y capitalista. Así parece atestiguarlo el manual *Human Relations: A College Textbook in Citizenship* (Taylor y Brown) que fue publicado en 1926, tres años antes de la fundación del Instituto, tras ser probado durante dos años en estudiantes del *North Carolina State College of Agriculture and Engineering*.

Este manual concebía las «relaciones humanas» como algo que formaba parte de la «vida del hombre» en la misma medida que «los procesos orgánicos de su cuerpo», dado que la «vida humana» es un «entramado de relaciones humanas» y «todo lo que hace una persona está condicionado por sus relaciones con los demás» (Taylor y Brown, 1926, p. 1). El manual anclaba su proyecto pedagógico en los saberes derivados del movimiento de higiene mental y de la orientación infantil, dónde la centralidad de la «modulación» de «la personalidad y el carácter de los individuos», especialmente durante la infancia, junto con la respuesta preventiva eran elementos centrales. Por ejemplo, con respecto al matrimonio:

A menos que podamos eliminar todos los hechos de hábito y personalidad que hacen de un individuo un compañero socialmente indeseable para otro, será indeseable eliminar toda posibilidad de separación. La locura, la crueldad, la criminalidad y las enfermedades venéreas de parte de un miembro de la unión matrimonial son cosas de las cuales el otro miembro debe protegerse no solo por su propio bien, sino por el bienestar de la sociedad. Si, por tanto, es esencial que la disolución no tenga lugar en miles de casos, la prevención debe hallarse en la eliminación de los factores y hábitos de carácter individual que ahora la hacen deseable. Estos logros se encuentran fuera del poder de la familia. Deben ser

reconocidas como tareas de las comunidades, estados y naciones (Taylor y Brown, 1926, p. 213).

El objetivo era convertir a los estudiantes en «buenos ciudadanos», esto es, individuos económica y socialmente eficientes, miembros ajustados y responsables de la familia, los vecindarios, las escuelas, los grupos ocupacionales o las fábricas, las comunidades, los estados, las naciones, y hasta el mundo mismo, con sus formas internacionales de gobierno. Sus lecciones, constituían una suerte de *síntesis* y de traducción a un lenguaje más simple de los conocimientos científicos adquiridos en el campo de las ciencias sociales y humanas. Sus capítulos abordaban los problemas del hogar, la familia, la educación, la industria, el comercio, la religión, los gobiernos locales, el gobierno de Estado, el gobierno nacional, el gobierno internacional, la vida comunitaria —urbana y rural—, la indeseable amenaza de los miembros socialmente deficientes —defectuosos, locos o dependientes—, el problema de la criminalidad, la economía, los problemas interraciales derivados del *melting pot* estadounidense, la conservación de los recursos, la democracia y la ética pública. Sus autores apelaron al progreso científico no subordinado al materialismo, a la democracia, al éxito social y la paz, desde una posición humanista, que buscaba ensanchar sus filas activistas para poner solución a toda suerte de problemas «científicamente» definidos:

El propósito de este libro es ayudar al estudiante a orientarse eficaz y útilmente en la compleja vida social de la que forma parte inevitable [...] presentando un análisis bastante simple de las relaciones humanas cotidianas, un conocimiento del cual, hasta cierto punto, todo miembro responsable de la sociedad debe tener si los grandes y cada vez más complejos problemas de la sociedad han de ser resueltos por métodos pacíficos y democráticos. [...] Los estudiantes] son tristemente ignorantes de las condiciones sociales o ambientales que determinan absolutamente las condiciones de su éxito o fracaso y del de los demás; [...] el progreso de futuro en una sociedad democrática debe depender de un conocimiento público de las relaciones humanas al que el hombre formado en la universidad debe hacer una contribución mayor que la que está haciendo ahora, si los grandes logros de la ciencia y sus subproductos no han de producir una organización social en la que la humanidad esté subordinada al materialismo. [...] Se espera] ganar reclutas en la batalla por un orden social en el que los intereses de la humanidad reinen incuestionables y supremos (Taylor y Brown, 1926, p. vii).

No obstante, y pese a las grandes proclamaciones humanistas, las «preguntas para la discusión» del capítulo sobre la «deficiencia social» hablan por sí mismas (Taylor y Brown, 1926, p. 227):

1. ¿Sería posible hacer a todas las personas iguales física, mental y moralmente?
2. ¿Debe una persona dar limosna a un mendigo en la calle?
3. ¿Cómo perjudican los pobres a toda la comunidad?
4. ¿Es cierto que todo el mundo está loco de alguna manera?
5. ¿Se debe permitir que los débiles mentales se casen o circulen en las comunidades?
6. ¿Cómo paga siempre una sociedad el costo de sus propios desajustes?

El experimento interdisciplinar: a la tercera va la vencida

Dada la infinidad de posibilidades que sugería el término «relaciones humanas», el Comité Ejecutivo del Instituto, decidió centrar sus esfuerzos iniciales en el ámbito que la higiene mental había transmutado en la fuente principal de todos los males sociales, desde la ineficiencia, la pobreza, las «enfermedades mentales», o los pequeños desajustes de la personalidad, hasta la delincuencia: la familia. Un nódulo de relaciones «lo bastante extenso para dar un amplio alcance a los diversos intereses y, al mismo tiempo, lo suficientemente delimitado para evitar que las investigaciones se vuelvan demasiado difusas», en cuya normalización heterosexista y capacitista trabajarían, tanto estudiantes de medicina, ciencias sociales, divinidad, psicología, derecho, psiquiatría... (Hutchins, 1929, pp. 189-190).

Aquí tenemos una de las instituciones humanas más antiguas [la familia] que, bajo las condiciones de la vida contemporánea, está siendo sometida a una gran tensión y de la cual, cuando *está mal condicionada*, parecen fluir muchas consecuencias infelices que afectan la vida de los miembros, así como la de la sociedad que los sostiene. [...] Ya está claro que muchas circunstancias se combinan para crear la delincuencia juvenil, pero entre ellas la familia ocupa un lugar destacado. [...] He aquí, pues, al mismo tiempo, al abogado, al sociólogo, al médico y al psicólogo, todos involucrados en un tema cuyo centro bien puede tomar a la familia, en tanto que los problemas en cuestión surgen dentro de su círculo, a menudo *probablemente por su carácter interno*, y al que retornan las desastrosas consecuencias de no haberlos solucionado previamente con las medidas preventivas adecuadas. A este ejemplo podrían agregarse muchos otros y los límites de este estudio particular en el aspecto antropológico, económico y gubernamental podrían extenderse indefinidamente (énfasis mío, Angell, 1929, p. 587).

En consecuencia, la primera investigación aprobada y financiada por el Instituto de Relaciones Humanas fue propuesta por la facultad de derecho y liderada por el padre del *child guidance movement*. William Healy y Augusta F. Bronner estudiarían «los factores familiares implicados en el ajuste infantil», un proyecto de cinco años conducido simultáneamente en Boston y New Haven, con la colaboración de los tribunales de menores y las autoridades nacionales en delincuencia infantil, cuyo propósito aplicado radicaba en proponer medidas preventivas (Human Welfare Group, 1929; Hutchins, 1929). Aunque los resultados de este estudio, en retrospectiva, fueron valorados positivamente, en general en esta primera fase el proyecto interdisciplinario fracasó (May, 1971).

El estudio «cooperativo del hombre» que debería llevar a cabo el Instituto era visto por sus impulsores, como un experimento sin precedentes a escala mundial, cuyo éxito dependería de las «relaciones humanas» entre los miembros del mismo Instituto (Angell, 1929; Capsheew, 1999; Hutchins, 1929; Morawski, 1986). Dada la novedad de la empresa, que ha sido puesta en evidencia en múltiples estudios sobre la emergencia de

la interdisciplinaridad en las ciencias humanas, los fundadores del Instituto insistieron en que la «investigación cooperativa» se promovería mediante la participación «voluntaria», y que el Instituto no ejercería «coerción» alguna sobre sus miembros para que modificaran sus planes e intereses de investigación (Angell, 1929; Hutchins, 1929; May, 1971). Quizás las palabras de Hutchins, por entonces ya presidente de la Universidad de Chicago, contribuyan a clarificar la importancia histórica que este Instituto tuvo en el campo de las ciencias humanas:

Nadie sabe si la investigación cooperativa a tal escala es posible o incluso deseable. Desde el principio, el plan ha sido atacado como grandioso. La respuesta ha sido que, aparte de los nuevos recursos en las ciencias sociales y la psiquiatría, no hay ampliación de lo que Yale ya poseía; el Instituto es simplemente un intento de unir los intereses existentes para que puedan trabajar en armonía si así lo desean. ¿Lo harán? Eso está por verse y depende, por supuesto, de las relaciones humanas en el Instituto. [...] Y si los hombres interesados en el Instituto cooperan, uno puede sentirse razonablemente seguro de que, cualesquiera que sean los peligros de la investigación cooperativa, el esfuerzo será esclarecedor e instructivo para el mundo académico (Hutchins, 1929, pp. 192-193).

No obstante, pronto se hizo evidente que la mera proximidad física y la voluntariedad, esto es, los pilares sobre los que descansaba el proyecto cooperativo no eran suficientes para hacerlo brotar. El fracaso interdisciplinario durante los tres primeros años fue estrepitoso, si se toma como indicador el hecho de que el 80% de los proyectos financiados con los fondos del Instituto fueron a parar a investigaciones «individualistas» (Bryson, 2015; Morawski, 1986; Visel tear, 1984). Este problema, emergió incluso antes de la inauguración del nuevo edificio, que fue pospuesta a mayo de 1931. Para entonces el psicólogo Mark May (1891–1977) ya había sido nombrado secretario del Comité Ejecutivo del Instituto (1930-1935) a fin de resolver el problema de la interdisciplinariedad y, dada su intensiva y prolongada labor de «ingeniería humana» en torno a al experimento en materia de relaciones humanas que implicaba en sí misma la investigación cooperativa, prosperó como el director del Instituto (1935-1960) en sustitución de Angell (Bryson, 2015; Visel tear, 1984).¹⁹⁷

Como ha mostrado Bryson (2015) May se convirtió en un personaje clave del Instituto dedicado a la resolución del problema interdisciplinar, respecto al cual adoptó una perspectiva especial, que mantendría durante muchos años, sobre la formación y la conducta de los investigadores dentro de las iniciativas colaborativas. Ésta incluía la interiorización de un código moral según el cual, los científicos debían practicar la honestidad y la búsqueda objetiva de la verdad, compartir sus resultados con los demás

¹⁹⁷ Para una aproximación biográfica a Mark May en conexión con su trabajo en el Instituto, véase (Bryson, 2015).

y dar el debido crédito a sus colegas y predecesores, renunciar atacar personalmente a sus colegas, esto es, controlar sus respuestas agresivas y evitar la competición. El 29 de octubre de 1932, May, aseguraba a Angell que algunos de los miembros del Instituto seguían trabajando:

“en espléndido aislamiento con respecto al resto del Instituto” [...] ¿Se podrían utilizar los fondos como “el impulso del trabajo cooperativo”? “¿Ser miembro del Instituto significa que todos los problemas serán forzosamente de carácter interdisciplinario?” preguntó May. Y una preocupación final: “¿Cómo vamos a conservar esos elementos de libertad individual, iniciativa, inventiva e imaginación, que se consideran esenciales en el descubrimiento científico, y al mismo tiempo seguir un programa formal?” (Visel tear, 1984, p. 883).

El problema de financiación de investigaciones individualistas se extendió hasta 1935, momento en que May asumió la dirección del Instituto, y decidió hacer algunos cambios. Entre ellos, externalizar a otras facultades los salarios del personal del departamento de psiquiatría, de la clínica de desarrollo infantil, y de los psicólogos y científicos sociales afiliados, a fin de reservar una cantidad de los fondos del Instituto para la investigación interdisciplinaria, a distribuir y controlar por él mismo como director, junto con el Comité Ejecutivo. En la nueva línea estratégica, también figuraba la idea de promover los proyectos interdisciplinarios entre los miembros más jóvenes. Se llegó a la conclusión de que los *seniors*, dada su trayectoria individual de largo recorrido y alto reconocimiento social, carecían de alicientes para la investigación cooperativa (Bryson, 2015; May, 1971).

En líneas generales el experimento interdisciplinar del Instituto de Relaciones Humanas, se desplazó del ideal de «correlación de técnicas» en torno a un mismo objeto, en el que se asentaba la propuesta de la familia como primer objeto de estudio, al de la «correlación teórica» que acabó constituyendo el enfoque triunfante (May, 1971). En este transcurso, como ha demostrado Bryson (2015) a partir de un exhaustivo estudio centrado en los esfuerzos de May para establecer la interdisciplinariedad, se sucedieron tres enfoques entrelazados, y profundamente penetrados por el emergente enfoque de *personalidad y cultura*; el de los *communtty studies*; el de las *human relations*, y finalmente; una aproximación que integrará el neo-conductismo, el psicoanálisis, y teorías sociológicas de carácter evolucionista. Este último enfoque triunfante, encontró su desarrollo más paradigmático en la hipótesis de la frustración-agresión, sobre la cual nos detendremos más adelante.

Uno de los primeros acontecimientos que influyó en el enfoque interdisciplinario del Instituto, fue la conferencia titulada *Personality and Culture*, organizada como parte de la *Hanover Conference* por el SSRC en 1930. Ésta marcó la formulación del campo de

estudios sobre *personalidad y cultura*, que continuará teniendo una gran influencia ya entrados los años 50 (Meyerowitz, 2010). Además, propulsó la entrada de May a una red académica vinculada a la filantropía de la familia Rockefeller, que incluía, entre otros, a Lawrence K. Frank, Robert S. Lynd, Edward Sapir, Margaret Mead, John Dollard, Floyd Allport, Gardner Murphy, Kimball Young, Harry Stack Sullivan y Lawrence K. Frank (Bryson, 2015). En 1931, el lingüista y antropólogo Eduard Sapir (1884-1939), discípulo de Franz Boas formado en la Universidad de Columbia, y considerado como el padre del enfoque de personalidad y cultura, fue fichado como director del nuevo departamento de la *Yale School of Anthropology*, que estaba integrada en el Instituto de Relaciones Humanas, para promover un programa interdisciplinario orientado a estudiar el impacto de la cultura en la personalidad (Darnell, 1990a; Meyerowitz, 2010).

Entre 1932 y 1933, el Instituto de Relaciones Humanas acogió un ambicioso seminario anual titulado *Personality and Culture* a cargo de Sapir, cuyos estudiantes fueron becados por Rockefeller y seleccionados por el SSRC para «representar varias de las culturas contemporáneas del mundo» (Darnell, 1990; May, 1971, p. 106). El Comité del SSRC que supervisó el seminario, contó además de con Sapir con Ernest Burges, Adolf Meyer, W. I. Thomas, E. A. Bott, Robert S. Woodworth, Harry Sullivan y C. M. Hincks. El seminario, buscó explícitamente incorporar una perspectiva psicoanalítica, por lo que fue conducido además de por Sapir, por el psicólogo y sociólogo John Dollard (1900-1980), contratado para tal efecto dada su formación de élite en psicoanálisis. Dollard había disfrutado de una beca anual del SSRC (1931-1932), para estudiar psicoanálisis en el Instituto Psicoanalítico de Berlín (*Berliner Psychoanalytisches Institut*), dónde se estaba desarrollando una práctica de psicoanálisis gratuito de inspiración marxista (Danto, 1999), poco antes de que el Tercer Reich asumiera el gobierno y muchos psicoanalistas tuvieran que refugiarse en otros países, siendo EEUU un importante receptor. Como analista le había sido asignado Hans Sachs «uno de los “siete anillos” del selecto círculo íntimo de Freud» (Gitre, 2010, p. 248). Además, el seminario *Personality and Culture*, contó con la participación de diversos ponentes puntuales, tanto internos al Instituto, como externos, entre ellos uno de los amigos más cercanos de Sapir, firme promotor de la cooperación entre la psiquiatría y las ciencias sociales (Sapir, 1937): el psiquiatra y psicoanalista Harry Stack Sullivan (1892-1949) (Darnell, 1990b), que tendrá un importante rol en el enfoque psiquiátrico de postguerra que subyace a la constitución de la OMS (Brody, 2004a; Calvin Irvin Saxton, 1995).

Coincidiendo con la realización de este seminario sobre personalidad y cultura que introdujo el psicoanálisis en este enfoque, el Instituto de Relaciones Humanas, promovió los *community studies*, cuyo objetivo era estudiar en palabras de May «el

desarrollo de la personalidad normal en su ambiente social» (Bryson, 2015, p. 90). Los *community studies* pretendían promover la cooperación entre las ciencias biológicas y sociales, centrando los esfuerzos en unos mismos «materiales de investigación», esto es, estudiando desde distintas perspectivas a los mismos individuos, familias y grupos sociales asentados en New Haven, entre ellas comunidades italianas, anglosajonas y afrodescendientes. La formulación de este enfoque continuaba, por lo tanto, anclada en el ideal de «correlación de técnicas», pero sentaría las bases para el paso siguiente, la correlación teórica.

Hacia mediados de los años 30, para cuando May se convertía en el director del Instituto, el paradigma de los *community studies*, empezó a ser abandonado en favor de la promoción de la «ciencia de las relaciones humanas» (Bryson, 2015; May, 1936). Diversos acontecimientos promovieron este desplazamiento que, sin embargo, constituía una forma de continuidad respecto al enfoque basado en la personalidad y la cultura. Los *community studies* dedicados al estudio de dos comunidades de New Haven, una italiana y otra anglosajona, fracasaron, según May, en el intento de «inducir a cooperar» a los diversos especialistas; los psicólogos y los psiquiatras seguían centrados en los individuos, mientras los científicos sociales enfatizaban los antecedentes culturales y sociales, problema epistemológico diríase (Bryson, 2015, p. 97). Por otro lado, para 1935 el *Advisory Committee on Personality and Culture* del SSRC, que sería reemplazado ese mismo año por el *Research Committee on Personality and Culture* bajo la dirección de May, llegó a la conclusión de que no era práctico continuar el estudio de la personalidad y la cultura centrándose en «comunidades específicas», lo cual constituía la marca de los *community studies* (Bryson, 2015, p. 97).

La emergencia de la «ciencia de las relaciones humanas», se remite al verano de 1934, momento en el que May había participado, junto a otros representantes del enfoque de personalidad y cultura –entre ellos, Dollard, Lynd, Hartshorne, Margaret Mead y Earl T. Engle– en la *Hanover Conference on Human Relations*, convocada por Lawrence K. Frank y financiada por la *General Education Board de Rockefeller*, cuyo fin era reunir materiales educativos sobre «relaciones humanas» para los estudiantes de secundaria. En esta conferencia, las personas participantes se enfocaron inicialmente en debatir sobre el campo de la personalidad y la cultura, para acabar proponiendo un detallado esquema para el estudio científico de las relaciones humanas (Bryson, 2015). Lo cual, indica que el término «relaciones humanas» que había dado nombre al Instituto, vuelve a resurgir, desde el *leitmotiv educativo* orientado a la producción de una ciudadanía ajustada y responsable, en el que situé su emergencia (Taylor y Brown, 1926), en este caso como *ciencia* interdisciplinar a definir. La conceptualización en torno a la «ciencia

de las relaciones humanas», realizada por May —con la colaboración de Dollard— fue publicada, inicialmente en 1934 y posteriormente, en una forma más pulida en 1936. El artículo de 1936, titulado *Is There a Science of Human Relations?* establecía los fundamentos de «la nueva ciencia de las relaciones humanas», cuya justificación radicaba en que:

los productos de investigación logrados hasta ahora por las ciencias sociales y biológicas no logran contribuir a la comprensión de las relaciones humanas y no logran, excepto en un grado limitado, proporcionar formas de conocimiento que puedan usarse para lidiar con los problemas prácticos del bienestar humano, tales como el crimen, la locura, el divorcio, el desempleo y la guerra (May, 1936, p. 140).

La «ciencia de las relaciones humanas» llamaba de nuevo a la ruptura de las fronteras disciplinarias entre las ciencias biológicas y sociales, algo que ya había sido parcialmente realizado por disciplinas tales como «la psicología social [...] la eugenesia, la biología humana, la salud pública, la higiene mental, el psicoanálisis y la criminología [que] son ejemplos de descendencia sociobiológica» (May, 1936, p. 141). Según May (1936, p. 143), debía orientarse a la resolución de los problemas prácticos y de gobierno que atraviesan las disciplinas «tomando por objeto de estudio los dramas de la vida tal y como actúan en las múltiples arenas del esfuerzo humano». Los «interminables problemas de relaciones humanas» que para May, presentaban «todos los grupos sociales en funcionamiento, como las familias, las escuelas, las fábricas y los gobiernos» estaban determinados fundamentalmente «por las personalidades que juegan los diversos roles así como por los patrones que definen estos roles» (May, 1936, p. 143). Así, el anclaje de la «ciencia de las relaciones humanas» en las ciencias biológicas debía servir al conocimiento de los «principios de la conducta», del mismo modo que el anclaje en las «ciencias sociales», al de los «principios de la organización de los dramas de la vida» (May, 1936, p. 143).

Para May (1936, p. 140), los «objetos inter-disciplinares» —una palabra que ya emplea— a los que habría de dirigirse esta nueva ciencia, eran fundamentalmente «el crimen, la locura, el divorcio, el desempleo y la guerra». Todos ellos, constituían dramas de la vida, que debían ser prevenidos e intervenidos. La aproximación, a la «ciencia de las relaciones humanas» continuaba, así, fuertemente influenciada por el enfoque de la higiene mental, a través del tamiz de la personalidad y la cultura, que se revela individualista en sus fundamentos. Los postulados que May propuso para erigir esta nueva ciencia confluían en una hipótesis culturalista a cerca del crimen y de la locura, los cuales han pasado de ser fenómenos hereditarios, a ser fenómenos que «evidencian un fallo en la habilidad para “tomar” [*take*] la cultura», fallo que se expresa en la creación de «mundos substitutivos» (May, 1936, p. 144). De esta constatación May derivó la

generalización de que «todas las formas de problemas sociales son creados por personas que por diversas razones no se han aculturado adecuadamente, o que no han logrado un sistema de interrelaciones humanas que sea mutuamente satisfactorio para todas las partes» (May, 1936, p. 144).

La tercera aproximación de investigación cooperativa, y aquella celebrada por May en retrospectiva como el programa por excelencia que consiga desarrollar «una ciencia unificada de la conducta y de las relaciones humanas», se constituirá, en continuidad con el enfoque de personalidad y cultura, a partir de una síntesis entre el psicoanálisis —que había sido introducido por Dollard— y el neoconductismo que el psicólogo Clark Leonard Hull (1884-1952) había estado promoviendo. Este proceso empezó a tener lugar entre 1935 y 1936, año durante el cual el *Wensday Evening Seminar* dirigido por Hull, fue dedicado a «la presentación sistemática de conceptos psicoanalíticos, con miras de relacionarlos con la teoría del aprendizaje de la conducta de Hull» (May, 1971, p. 192).

El seminario, que tuvo un gran éxito y estaba abierto a todos los miembros del Instituto constituyó un intento de síntesis entre psicoanálisis y neoconductismo, en el que subyacía la pregunta por la *motivación*, un tema clave de la psicología de la época para el cual el psicoanálisis (*drive*) ofrecía importantes respuestas, que había sido propuesto por Hull para desarrollar el «programa cooperativo» (Capshe, 1999; May, 1971; Morawski, 1986). La idea del seminario como ha demostrado Morawski (1986, p. 235), emergió en conexión con la teoría psicológica de Hull acerca de las falsas cogniciones, irracionales o subjetivas, y el mal comportamiento, competitivo o antisocial, de sus colegas investigadores con respecto al proyecto cooperativo. Esto es, en relación al conjunto de técnicas, estrategias y teorizaciones en materia de «relaciones humanas», llevadas a cabo para impulsar el «experimento científico cooperativo» que implicaba, en sí mismo, el Instituto.

Hull había sido contratado como psicotécnico del Instituto de Psicología en 1929, y en los primeros años del Instituto de Relaciones Humanas, apenas había mostrado interés en el proyecto interdisciplinar, presentando una única propuesta cooperativa para investigar la eugenesia, que no fue adoptada (Morawski, 1986). En lo posterior, además de estudiar por «medios científicos» la hipnosis,¹⁹⁸ vino desarrollando una teoría unificada de la conducta de aprendizaje eminentemente positivista, que combinaba, entre otros, los análisis experimentales con ratas en laberintos, con un método hipotético-deductivo capaz de expresar sus postulados teóricos en ecuaciones numéricas, inspirado en los Principios Matemáticos de Isaac Newton (Capshe, 1999).

¹⁹⁸ Véase *Hypnosis and suggestibility, an experimental approach* (Hull, 1933).

El *Wensday Evening Seminar* se constituyó, así, como un intento de traducir el psicoanálisis a términos lógicos y objetivos, compatibles con el conductismo, según el sistema hipotético-deductivo desarrollado por Hull. Sus líderes, además de Hull, entre otros, Dollard, Earl Zinn y Neal E. Miller, al igual que muchos psiquiatras y psicólogos norteamericanos de la época, «estaban convencidos de que el psicoanálisis y la psicología del estímulo-respuesta no eran incompatibles entre sí» (May, 1971, p. 106).

A esta síntesis entre psicoanálisis y neoconductismo, se le fueron agregando enfoques teóricos basados en la *estructura social* a partir de la discusión de algunos clásicos —entre ellos Karl Marx— y de la integración de las teorías evolucionistas¹⁹⁹ elaboradas por los sociólogos William Graham Sumner (1840-1910), Albert Galloway Keller (1874-1956) y Maurice Rea Davie (1893-1964), afincados en Yale, que estaban concentradas en los cuatro tomos de *The Science of Society* (Sumner et al., 1927), así como de los trabajos de William Lloyd Warner (1898-1970), de la Universidad de Chicago.²⁰⁰ Según May (1971, p. 174) el trabajo de Sumner y Keller fue asumido como:

el más prometedor. De particular interés fue la teoría de Keller de que la cultura y la estructura social son funcionales —ej. instrumentales para las necesidades básicas del hombre— y que la evolución social es una especie de aprendizaje masivo de ensayo-y-error que da como resultado cambios adaptativos en las instituciones sociales.

Pese a las aparentes diferencias entre estos tres enfoques, como ha mostrado Dennis Bryson (2015) todos ellos convergían en el desarrollo de una «ingeniería humana» de la conducta —posteriormente reformulada como «ingeniería social» (Meyerowitz, 2010)—, que tomaba como centro el modelaje de la personalidad a través de las prácticas de crianza, educación y socialización. Un campo en el que él mismo May venía trabajando desde los años 20, desde una aproximación que enfatizaba la influencia del grupo en el desarrollo del carácter y la personalidad infantil. En esta línea los despliegues del Instituto constituyen una nueva evidencia de cómo la modulación de la personalidad que promovió de forma masiva el movimiento de orientación infantil tomó una fuerza renovada como estrategia biopolítica —alternativa y complementaria a la eugenesia— en este periodo de entreguerras, a través de la inclusión de las ciencias sociales.

¹⁹⁹ Véase *Social Darwinism in American Thought* (Smith, 1955).

²⁰⁰ Para una descripción más detallada acerca de la integración de los enfoques sociológicos en torno a la estructura social y la cultura véase May (1971).

La frustración-agresión: una hipótesis transversal y transdisciplinar

Uno de los primeros proyectos cooperativos derivados del seminario de Hull, y más particularmente aquél que exprese de una forma más clara el tipo de investigación interdisciplinaria a la que aspiraba el Instituto (Capshe, 1999; Morawski, 1986), fue un estudio sobre la *agresión* conducido por ocho hombres y publicado en coautoría de cinco, bajo el título *Frustration and Aggression* (Dollard et al., 1939).²⁰¹ Esta es la publicación con mayor número de coautores, que May (1971), en retrospectiva, destacó como uno de los mayores logros del Instituto. Los coautores de este libro, quienes se situaban en la intersección entre la sociología, la antropología cultural, la psicología conductista y del desarrollo, la higiene mental, el psicoanálisis, y la teoría marxista, tuvieron que lidiar, en su «experimento científico cooperativo» con sus propias «frustraciones» y «tendencias agresivas», a fin de hacer posible la empresa interdisciplinar.²⁰²

El marco de referencia del libro continuaba, como ha notado Bryson (2015) ampliamente influenciado por el enfoque de la personalidad y la cultura que, a su vez estaba íntimamente ligado a los desarrollos del *child guidance movement*. La hipótesis frustración-agresión había sido formulada inicialmente por Dollard en una investigación publicada bajo el título *Caste and Class in Southern Town* (1937). Ésta abordaba las dimensiones sociales y psicológicas del prejuicio racial en la comunidad sureña de Indianola, en Mississippi, basándose en parte en las historias de vida de personas norteamericanas de origen africano. Según May (1971, p. 165), representaba «el primer vínculo fuerte jamás forjado entre la estructura social y la teoría psicoanalítica». *Caste and Class* había empezado bajo la rúbrica de los *community studies* y, mientras Dollard la realizaba, conceptualizaba —junto con May— los fundamentos del paradigma de «la ciencia de las relaciones humanas» (Bryson, 2015).

La hipótesis principal de *Frustration and Aggression*, atribuida por los coautores a Sigmund Freud, y traducida al marco de referencia «objetivo» de la ciencia conductista —siguiendo el método hipotético-deductivo de Hull—, transcribía en términos

²⁰¹ El primero de ellos, constituyó una monografía sobre la conducta cooperativa y competitiva, que fue publicado en 1937, bajo el título *Competition and Cooperation* (May y Doob, 1937). *Frustration and Aggression*, fue escrito en coautoría por miembros jóvenes del Instituto, John Dollard, Neal E. Miller, Leonard W. Doob, O. H. Mowrer y Robert R. Sears, y contó con la colaboración de Clellan S. Ford, Carl Iver Hovland y Richard T. Sollenberger.

²⁰² Sobre esta cuestión véase el prefacio de *Frustration and Aggression* escrito por May. Para ahondar en cómo la empresa interdisciplinar, se iba constituyendo en retroalimentación con el «experimento cooperativo» en materia de «relaciones humanas» entre los miembros del Instituto véase sobre todo en trabajo de J. G. Morawski (1986).

matemáticos un postulado simple: «la agresión es siempre una consecuencia de la frustración» (Dollard et al., 1939, p. 1).²⁰³ Dónde la frustración es definida como cualquier condición en la que existe «una respuesta-objetivo (*goal-response*) que sufre una interferencia» que previene su culminación (Dollard et al., 1939, p. 11). O lo que es lo mismo, la respuesta del «organismo humano», ante la *insatisfacción* de una secuencia de conducta guiada por un objetivo, que puede ser predicha por factores antecedentes (instigadores). La racionalidad que subyace a este enfoque se entiende mucho mejor, a través del ejemplo mediante el cual los coautores, desarrollaron el cuerpo teórico de la hipótesis. Esto es, el análisis de la conducta de James, un niño de cuatro años, que al ver a un vendedor de helados y escuchar su campana (instigador), expresa que quiere comerse un helado (respuesta-objetivo). La «rabieta infantil», tan ampliamente abordada por el movimiento de orientación infantil, es el ejemplo teórico paradigmático sobre el que se sustenta la hipótesis frustración-agresión.

A veces James pateo o grito o dice que odio a su madre. Cualquier secuencia de comportamiento de este tipo, cuyo objetivo-respuesta es el daño de la persona a la que se dirige, se denomina *agresión*. Según la hipótesis, esta es la reacción primaria y característica a la frustración, y ocurrirá cuando suceda algo que interfiera con los esfuerzos de James por conseguir el helado de cucurucho (Dollard et al., 1939, p. 9).

La agresión es, por tanto, una forma de *violencia* intencional instigada por la frustración, esto es un «acto cuya respuesta-objetivo es dañar a un organismo (u organismo-substitutivo», que responde a la *naturaleza humana* (Dollard et al., 1939, p. 11). Desde luego el sistema se complejiza en la medida en que intervienen «respuestas sustitutivas», «desplazamientos» del objeto al que se dirige la agresión –ej.: el propio *self*, un colectivo marginado, una persona inocente–, «efectos de refuerzo» y «efectos de inhibición» (castigos y recompensas), «simultaneidad de instigadores», agresiones de naturaleza «abierta» y «no abierta», fenómenos de «catarsis», etc. En cualquier caso, lo que está claro es que es universal que a la frustración le siga la agresión. Bajo este principio subyace el supuesto, según el cual, en palabras de May:

el proceso de socialización de cualquier individuo en cualquier cultura es esencialmente frustrante para el individuo y la cultura porque la socialización siempre requiere ciertas modificaciones en los impulsos humanos biológicos básicos como el hambre, la sed y el sexo (citado en, Bryson, 2015, p. 102).

La hipótesis de la frustración-agresión, era *transversal* al campo de las relaciones humanas. A pesar de estar claramente asentada en las ciencias del desarrollo infantil —

²⁰³ Esta misma hipótesis había sido empleada en una investigación previa de Dollard publicada bajo el título *Caste and Class in Southern Town* (1937) que abordaba las dimensiones sociales y psicológicas del prejuicio racial en una comunidad del sur.

psiquiatría, psicología, psicoanálisis—, aspiraba a explicar, predecir y proponer solución a todo tipo de problemas sociales e individuales, que al fin y al cabo respondían a un mecanismo biológico situado en el individuo, que podía ser *modulado* mediante formas de *ingeniería humana*. La hipótesis permitía:

colocar en un discurso común fenómenos tan diversos como las huelgas y los suicidios, los prejuicios raciales y el reformismo, los celos entre hermanos y los linchamientos, el humor satírico y la criminalidad, las peleas callejeras y la lectura de novelas policiacas, las palizas a las esposas y la guerra (Dollard et al., 1939, p. 26).

Tanto para el campo de la personalidad y la cultura como para el movimiento de orientación infantil, *Frustration and Aggression* supuso una importante contribución, especialmente en lo que respecta a los capítulos cuarto, quinto y octavo; *Socialization in America, Adolescence, y A Primitive Society: The Ashanti*.²⁰⁴ La cita que viene a continuación hace referencia a los capítulos cuarto y quinto.

Utilizando en estos dos capítulos materiales psicoanalíticos, etnográficos, de desarrollo infantil y otros, Dollard y sus colegas examinaron cómo los niños y adolescentes enfrentaban, en diferentes fases del desarrollo, diversas frustraciones impuestas culturalmente, incluidas las relacionadas con la alimentación y el destete, los esfuerzos por explorar y dominar objetos en el entorno, control de esfínteres, disminución de la dependencia de los padres, masturbación e inclinación sexual de los niños hacia los padres del sexo opuesto, tipificación sexual, clasificación por edades, instigación adolescente a la actividad sexual intensa y control de la agresión. Estas frustraciones provocaban respuestas agresivas en niños y adolescentes, respuestas que a menudo eran reprimidas o desplazadas como resultado de las amenazas de los adultos de castigar el comportamiento agresivo (Bryson, 2015, p. 103).

En ésta línea, y en sintonía con el problema del «fracaso» (*failure*) respecto al desarrollo de la personalidad que venía planteando el *child guidance movement* en el contexto escolar, los autores de *Frustration and Aggression*: «sugirieron claramente, si no lo declararon explícitamente, que la formulación y difusión de nuevas normas culturales de crianza infantil reduciría la frustración de los niños y, por lo tanto, contribuiría en última instancia a controlar la agresión dentro de la sociedad moderna» (Bryson, 2015, p. 103). De hecho, la locura y el crimen, en este marco, pasaron a ser reformuladas como respuestas a la frustración.

²⁰⁴ En el capítulo octavo, los autores basan su análisis en una revisión de la literatura sobre los Ashanti, una comunidad del oeste de África, donde el marco teórico y analítico se dirige también al proceso de socialización y alas prácticas de crianza: «Se ha señalado [...] que la vida en sociedad es inevitablemente frustrante y que continuamente se generan tendencias al comportamiento agresivo. Ciertos ajustes culturales, por lo tanto, tienden a desarrollarse para impedir la destrucción de la sociedad. En este capítulo se hará un examen de la literatura sobre Ashanti en un esfuerzo por determinar hasta qué punto existen estos ajustes a la frustración y la agresión. De la teoría de la sociedad ya presentada es de esperar que los actos agresivos que son socialmente indeseables serán fuertemente reprimidos, mientras que aquellos que no sean peligrosos para el bienestar social serán permitidos y aquéllos que sirvan a fines socialmente útiles serán exigidos (Dollard et al., 1939, p. 172).

La mayor expresión de la agresión humana en la sociedad moderna que los coautores podían concebir era la Gran Guerra, cuyos recuerdos, atrocidades y lecciones estaban todavía muy recientes. Sin duda, lo que no podían anticipar es que la Gran Guerra, pasaría a ocupar un segundo plano, transmutando en la Primera Guerra Mundial, unos meses después de la publicación del libro. Ese mismo año se resolvió en favor del régimen Franquista la Guerra Civil Española,²⁰⁵ para dar paso a la invasión de Polonia con la que Hitler inició la Segunda Guerra Mundial. Por ello no es de extrañar que, *Frustration and Aggression*, abordara el totalitarismo soviético, y el fascismo de Hitler y Mussolini como un «problema de investigación». El capítulo séptimo del libro, titulado *Democracy, Fascism, and Communism*, analizaba como las estructuras sociales, democrática, fascista, y comunista, daban lugar a «frustraciones y comportamientos agresivos distintivos» (Dollard et al., 1939, pp. 142-171).

Frustration and Aggression, «argumentaba que las ciencias sociales estaban a punto de consolidar suficiente conocimiento del comportamiento humano para poner fin a todas las guerras» (Seim, 2007, p. 227). Para sus coautores, la *paz* en el «grupo-nosotros» y la *hostilidad* hacia el «grupo otro», estaban «dinámicamente correlacionadas». Esto es, «las respuestas agresivas» que instiga la frustración «habitualmente simplemente se desplazan de los miembros del intra-grupo y encuentran objetivos sustitutos en el exo-grupo, es decir, en aquellos individuos “semihumanos” o “no humanos” que no comparten las mismas costumbres que nosotros» (Dollard et al., 1939, p. 89).

Este desplazamiento de la frustración que se genera como consecuencia de la socialización en el intra-grupo, al exo-grupo, y que persiste en la vida adulta dada «la naturaleza física del hombre, las insuficiencias en las técnicas sociales para manejar el mundo material y la inhibición de las respuestas a las metas que necesita la vida social» explicaba para los autores, cualquier tipo de antagonismo social; desde el racismo, las revoluciones, hasta la guerra misma (Dollard et al., 1939, p. 90). De hecho, la hipótesis de la frustración-agresión, había sido elaborada por Dollard, para analizar, en *Caste and Class*, «las reacciones de la casta negra ante las frustraciones impuestas por el grupo blanco [...] una situación cultural que ordinariamente se observa sólo

²⁰⁵ En 1941, John Dollard y Neal Miller iniciaron un estudio sobre las reacciones de miedo de los soldados en el combate, a partir de entrevistas y cuestionarios aplicados a veteranos de la Brigada Abraham Lincoln, que había luchado contra el fascismo en la Guerra Civil Española. Este proyecto, que continuaba en la intersección entre el neoconductismo de Hull y el psicoanálisis, fue al comienzo investigado por el FBI dada la presencia comunista en la Brigada Lincoln, pero posteriormente fue apoyado por el ejército norteamericano, para pasar a tener una influencia clave en la psicología militar de mediados del siglo XX. Sobre ésta cuestión véase (Gondra y de Miguel, 2009).

sociológicamente». En consecuencia, su contribución fundamental había sido la de revelar «los efectos psicológicos de la estructura social sobre la organización de la personalidad y el comportamiento» (Dollard et al., 1939, p. 22).

Por ello no es de extrañar que la teoría de los rasgos de la personalidad de Gordon Allport, por entonces presidente de la *American Psychological Association*, no esté ausente de la discusión. En base a ésta, los autores de *Frustration and Aggression*, postularon que los «hábitos generalizados de responder a situaciones frustrantes», entendidos como rasgos de personalidad, constituyen un factor que «determina las reacciones específicas de agresión abierta o no-abierta» para situaciones específicas, como la que representa «la conducta de lucha abierta» que en ratas se puede establecer «mediante el aprendizaje de ensayo-error» (Dollard et al., 1939, p. 37).

Las implicaciones en términos de ingeniería humana son evidentes. La socialización es un proceso esencialmente frustrante y, aunque cada etapa de la vida entraña la necesidad de establecer nuevos y característicos aprendizajes y ajustes a los requerimientos del orden social, la época estrella para el control de la agresividad es la *infancia*: «un período de cambios persistentes, forzados y, a veces, violentos en los hábitos», que conlleva grandes dosis de frustración —esto es, de instigación a la agresión— y durante el cual se forman los rasgos de la personalidad, cuyos efectos potencialmente perniciosos, persisten insidiosamente en la vida adulta (Dollard et al., 1939, p. 57).

En resumen, entonces, la tesis es la siguiente: la frustración es una característica constante de la vida endogrupal debido a la necesidad de interferir con las respuestas-objetivo existentes para que se puedan aprender otras nuevas. [...] La mayor parte de la agresión directa que sigue a la frustración debe bloquearse dentro del área de la paz. Las oportunidades para el desplazamiento y la expresión limitada están disponibles y se utilizan, como el mantenimiento del orden dentro del grupo o el ataque a algunas de las fuentes de frustración mediante la investigación científica. Todavía quedan, sin embargo, muchas instigaciones a respuestas agresivas que están prohibidas dentro del grupo y deben ser dirigidas hacia uno mismo al precio de una gran incomodidad o desplazadas hacia grupos de personas fuera de la sociedad [...] Este hecho debe entenderse cabalmente si se debe realizar la organización de los hombres en grupos cooperativos. La clara implicación es que una, aunque sólo una, de las condiciones para evitar la guerra es disminuir la frustración intrasocial (Dollard et al., 1939, p. 90).

Para evitar la guerra, se deben por tanto disminuir las fuentes de frustración intrasocial, esto permitirá evitar los desplazamientos de agresividad remanentes al «grupo otro». No obstante, el espacio privilegiado de intervención no apunta a la justicia social o a la redistribución de la riqueza, sino que se enfoca en la modulación de lo humano desde la más tierna *infancia*.

El control de la agresión es especialmente crucial entre los adultos que hacen la sociedad vivible, la reproducen y, hacen sus luchas. Es para formar el carácter de tales adultos que el control de la conducta agresiva debe extenderse a las respuestas de los niños y debe comenzar muy temprano (Dollard et al., 1939, p. 78).

La infancia es el locus por excelencia de las más radicales frustraciones, fuente principal de la génesis de instigadores a la agresión, y periodo de formación y consolidación de los patrones de respuesta habituales que conforman la personalidad adulta. El foco privilegiado para prevenir la guerra en este ensamblaje teórico radica en el establecimiento de pautas de crianza capaces de reducir la carga de frustración que conlleva la socialización, un enfoque que predominará en el proceso de reconstrucción internacional que siguió la Segunda Guerra Mundial.

CAPÍTULO IV

DE LA I GUERRA MUNDIAL Y LA COOPERACIÓN INTERGUBERNAMENTAL EN SALUD PÚBLICA

Recordemos que tras la II Guerra Mundial el primer derecho humano formulado por las Naciones Unidas fue el de la no discriminación «por motivos de raza, sexo, idioma o religión», consignado en la Carta de las Naciones Unidas (1945) durante la Conferencia de San Francisco contra lo pactado por Estados Unidos, Gran Bretaña y la Unión Soviética en la primera fase de las Conferencias de Dumbarton Oaks (1944) (Lauren, 2013, p. 173). Esta primera formulación del derecho a la no-discriminación en sí misma estuvo «vacía» de contenido, aunque no de trascendencia. Lo que reafirmó es la imposibilidad de establecer algunas diferencias excluyentes —la raza, el sexo, etc.— capaces de cerrar el perímetro de la aplicabilidad igualitaria de los futuros «derechos humanos», que todavía estaban pendientes de formular. Constituye el límite que se impuso en la Conferencia de San Francisco a la supremacía y la dominación masculina-blanca-imperial, límite que históricamente se inscribe en las luchas democráticas contra la opresión. Por lo demás, la Carta de las Naciones Unidas había delegado el cometido de dotar de contenido interpretativo las diversas menciones que contenía a los «derechos humanos y las libertades fundamentales» a una Comisión de Derechos Humanos, que debería crear el Consejo Económico y Social.²⁰⁶

No obstante, un segundo «derecho humano», en tensión con el anterior, se abrió paso antes de que comenzara a trabajar la Comisión de Derechos Humanos sobre la que formalmente había sido delegada la legitimidad de formularlos. El segundo derecho humano formulado por las Naciones Unidas, contra todo antecedente, tanto en la legislación internacional como en la tradición del derecho natural (Tobin, 2012), fue el derecho al «goce del grado máximo de salud», definida ésta como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Este «derecho humano a la salud» fue consagrado por primera vez en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que fue aprobada al concluir la Conferencia

²⁰⁶ Órgano que sería posteriormente dirigido por Eleanor Roosevelt, llevando a cabo su trabajo entre enero de 1947 y diciembre 1948, y dando lugar a la DUDH (Morsink, 1999a).

Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el 22 de julio de 1946, y que entró en vigencia el 7 de abril de 1948 (OMS, 1958).

Así pues, la Constitución de la OMS estableció un vínculo sin precedentes entre el derecho democrático internacional, la naturaleza humana, y un determinado papel positivo de los Estados, y de las ciencias médicas, humanas y sociales, en la *optimización* de la salud de las poblaciones, puesto que la salud fue definida, no «como la ausencia de enfermedades o afecciones», sino como «un estado de completo bienestar físico, mental y social». ²⁰⁷ Sobre el punto de surgimiento y la procedencia de esta definición de salud, y del derecho humano a la salud, volveremos en detalle más adelante.²⁰⁸ No obstante, para llegar a un análisis profundo de la constitución de la OMS y de los desplazamientos e innovaciones con los que ésta irrumpió en el dominio de lo intergubernamental, es preciso partir a la búsqueda de otro «comienzo», esto es, resulta necesario analizar el punto de surgimiento y despliegues precedentes del «dispositivo intergubernamental de salud» en el que imbrica y arraiga la genealogía de la OMS.

Este capítulo se centra, por tanto, en analizar la emergencia y despliegues de un ámbito de actuación que hasta ahora no ha tenido cabida en esta tesis, la cooperación intergubernamental en materia de higiene y salud pública, que será la que nos introduzca de lleno en el dominio de lo intergubernamental, dominio hacia el cual en adelante va a gravitar el análisis genealógico. Los últimos análisis realizados se han centrado en la emergencia y despliegue de dos movimientos de salud pública vinculados al dispositivo psiquiátrico y que imbricaron con la eugenesia, notablemente, la higiene racial y la higiene mental, y pusieron el foco, sobre todo, en las derivas a las que dieron lugar en la primera mitad del siglo XX en sus contextos nacionales de surgimiento (Alemania y Estados Unidos). Es preciso ahora saltar al dominio de lo

²⁰⁷ La definición vinculante del derecho humano a la salud fue posteriormente reformulada en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), en tanto «derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» (art.12), significativamente, perdiendo la coletilla de social pero conservando el proceso de optimización. Entre las medidas necesarias que deberán adoptar los Estados Partes del PIDESC, a fin de asegurar la plena efectividad del «derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental», figuran: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas y; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Además, los Estado Parte a fin de proteger la salud —junto con la seguridad, el orden, la moral pública y los derechos y libertades fundamentales de los demás— pueden «limitar», Según el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966) —que entró en vigor en marzo del 1976—, los derechos de: circulación y residencia (art.12); Libertad de pensamiento, conciencia o religión (art. 18); Libertad de opinión (art.19); Reunión pacífica (art. 21); y, Libertad de asociación (art. 22).

²⁰⁸ Ver Capítulo VI.

intergubernamental y abordar la constitución y despliegue de las agencias de cooperación intergubernamental en materia de salud pública, cooperación desde la cual emergió la OMS, y el derecho humano a la salud. Este análisis, de carácter panorámico, nos arrojará —de nuevo— a mediados del siglo XIX para partir de «otro comienzo», el de la cooperación sanitaria intergubernamental moderna, cuyo punto de surgimiento podemos situar en las Conferencias Sanitarias Internacionales del ochocientos.

Cabe anticipar que la OMS no estuvo prevista en el acuerdo de Dumbarton Oaks que sirvió de base para las negociaciones de la Carta de las Naciones Unidas, pero se desarrolló en continuidad con la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones (OHSN), la cual, significativamente tampoco estuvo prevista en el Pacto de la Sociedad de Naciones, que zanjó la I Guerra Mundial. Así pues, como paso previo al análisis del proceso constituyente de la OMS abordaremos la emergencia del dispositivo de cooperación intergubernamental en salud pública y el proceso constituyente y despliegues de la OHSN, el cual, como veremos, es sumamente complejo.

Dado que ambas organizaciones —la OHSN y la OMS—, surgieron tras la debacle de las dos grandes Guerras Mundiales, en vinculación con los Tratados de Paz que les pusieron fin, una de las preguntas centrales que guiará el análisis comparativo que en conjunto articula este o, el Interludio que le sigue (o) y el o, es la siguiente: ¿Qué racionalidades, y *locus* constituyentes subyacen a los vínculos que se establecieron tras las dos Grandes Guerras, entre los binomios guerra(mundial)-paz(universal) y salud-enfermedad de las poblaciones? ¿Qué desplazamientos y continuidades se produjeron en el transcurso que fue de la I a la II Guerra Mundial en materia de cooperación intergubernamental en salud pública?

Y, finalmente ¿Cuáles son los *locus* genealógicos que subyacen a la emergencia de la definición de salud de la OMS y del derecho humano a la salud que nos es contemporáneo? El análisis que emprenderé en el Capítulo VI abordará, por tanto, la racionalidad que subyace a la definición de salud y al establecimiento del derecho humano a la salud, específicamente a partir del proceso constituyente de la OMS, en comparativa y continuidad con el análisis realizado en este capítulo. Lo que me interesará particularmente tras la II Guerra Mundial, será analizar el marco constituyente del campo de acción internacional e intergubernamental en materia de salud mental y de producción de lo humano, que entronca con los despliegues de la higiene mental, y es la innovación fundamental en salud pública con respecto a la I Guerra Mundial, y el objeto de investigación que compete a esta tesis. La producción de lo humano, recordemos, es un proceso diferencial que produce también lo no-humano, lo subhumano y las condiciones degradadas y liminales de humanidad, todas ellas en

contacto o identificación con la nuda vida. Tiene una vertiente positiva y otra negativa donde la lógica de inclusión-exclusión, identidad-diferencia, adentro-afuera, son las dos caras de un mismo proceso de producción, de un mismo constituyente. Por ello abordaremos el proyecto de producción de lo humano contenido en la punta de lanzamiento internacional e intergubernamental de la salud mental en sus dos vertientes, la negativa y la positiva.

En este capítulo pasaremos revista no obstante, sobre todo al marco de gobierno de la salud pública en imbricación con la producción de lo humano y la guerra, a partir, no de la dimensión mental, sino predominantemente de la dimensión física de la salud, y más particularmente de la lucha contra las enfermedades pestilenciales, que es la que predominó en el dominio de lo intergubernamental durante largo tiempo y aquélla de la cual nacieron las Conferencias Sanitarias Internacionales del ochocientos y su producto más destacado, esto es, la *Office International d'Hygiène Publique* (OIHP: Oficina Internacional de Higiene Pública). Nos adentraremos también en la Conferencia de Paz de París que dio por zanjada la I Guerra Mundial en el contexto de ofensiva revolucionaria socialista, particularmente a partir del análisis de lo «sanitario» en el Tratado de Versalles, la constitución de la Sociedad de Naciones y de su Organización de Higiene, los proyectos y despliegues de salud pública que fueron emergiendo y desplegándose al calor de la I Guerra Mundial, el lugar estratégico que ocupó la «ayuda humanitaria» y «sanitaria» contra a la propagación del comunismo, etc. El panorama intergubernamental en lo sanitario que siguió a la I Guerra Mundial fue sumamente complejo, y en él imbricaron una multitud de actores, proyectos, estrategias, intrigas, luchas de poder, contingencias: cabe que pasemos directamente a ello.

La defensa de Europa contra las enfermedades «exóticas»

La cooperación intergubernamental en materia de salud en la que arraiga la genealogía de la OMS comienza a mediados del siglo XIX, con la emergencia de las Conferencias Sanitarias Internacionales (1851-1938), una serie de 14 reuniones de marcado eurocentrismo en las que participaron higienistas, científicos, administradores sanitarios y diplomáticos de diversas naciones. La mayoría de estas conferencias se realizaron en París (cuyo gobierno solicitó y alojó 7 conferencias) o en otras ciudades europeas —Viena (1874), Roma (1885), Venecia (1892) y Dresde (1893)—. Solo una fue realizada en la ciudad transcontinental de Constantinopla (1866), y otra, a petición de EEUU, en Washington D.C (1881) (Cueto et al., 2019; Howard-Jones, 1975; Mateos Jiménez, 2005; OMS, 1958; Rodríguez Ocaña, 2020).

Las Conferencias Sanitarias Internacionales fueron catalizadas por las epidemias de cólera que entre 1830 y 1847 alcanzaron territorio europeo. Estuvieron centradas en estandarizar métodos para prevenir la *importación* de enfermedades epidémicas «exóticas» a las naciones europeas, e intervinieron principalmente en las rutas de comercio marítimas establecidas en el mediterráneo con «Oriente». El médico francés Adrien Proust (1834-1903), que ha sido considerado «el decano de las relaciones internacionales en materia de salud», escribió diversas monografías que reflejaban muy bien el espíritu de estas conferencias: en ellas llamaba a «“la defensa de Europa” contra las enfermedades exóticas» (Howard-Jones, 1975, p. 82). La enfermedad epidémica era construida en aquella época «como una amenaza mortal contra la Nación, a la que pretende debilitar o destruir» (Rodríguez Ocaña, 2020, p. 87), y contra la cual habrían de establecerse «cordones sanitarios» protectores. En el contexto de la guerra, esto es del enfrentamiento entre naciones, la epidemia era concebida como un enemigo común mortal para los beligerantes, aquél que podía determinar la victoria de uno u otro bando.

Este paradigma *defensivo*, de carácter inmunológico y eurocéntrico, es del que emergió la cooperación sanitaria intergubernamental e internacional. Inicialmente respondía al creciente proceso de industrialización y expansión transoceánica del comercio europeo y centró sus esfuerzos en regular los flujos de personas y mercancías que cruzaban las fronteras marítimas, operando según el precepto de la menor dificultad para el comercio con la máxima protección y seguridad para la salud pública nacional. Las Conferencias Sanitarias, junto con la Unión Telegráfica Internacional (1865), la Unión Postal Universal (1874) y la Unión Internacional de Pesas y Medidas (1875), articularon así un campo de estandarización internacional orientado a facilitar el

desarrollo del capitalismo y del imperialismo (Aginam, 2003; Cueto et al., 2019; Rodríguez Ocaña, 2020). El cólera fue el objeto de discusión predominante durante las nueve Conferencias que tuvieron lugar a lo largo del siglo XIX, si bien, en su ocaso los esfuerzos se centraron también en la peste bubónica, el tifus y la fiebre amarilla (Howard-Jones, 1975; Mateos Jiménez, 2005; OMS, 1958).



Ilustración 12. *Cholera “Tramples the victors & the vanquished both”*
«El Cólera “Azota a vencedores y vencidos”»

El Cólera «Azota a vencedores y vencidos». Ésta litografía publicada en Londres en 1831 por Robert Seymour (1798-1836) muestra el cólera como un gran espectro con manos y pies esqueléticos, que aplasta indiscriminadamente a los soldados a ambos lados del campo de batalla. Es un buen ejemplo de cómo las epidemias en el contexto de la guerra se constituían como un enemigo común, cuya capacidad de muerte indiscriminada minaba los esfuerzos de los beligerantes. También resulta ilustradora de la hipótesis miasmática, según la cual el cólera y otras enfermedades pestilenciales se transmitían a través de los «miasmas», unos efluvios malignos que en determinadas condiciones climáticas y de suelo, emanaban de las materias en descomposición, de los enfermos o de las aguas pútridas y circulaban por el aire. Imagen de dominio público. *National Library of Medicine, Images from the History of Medicine*.

Hasta bien entrado el siglo XX las Conferencias Sanitarias Internacionales estuvieron marcadas por una feroz lucha entre dos doctrinas médicas en competencia sobre la etiología y los modos de transmisión de las enfermedades pestilenciales, que se cruzaban con intereses políticos, imperiales y capitalistas. El campo se dividía, en sus extremos más opuestos, pues en los más de cincuenta años que duró la contienda había una

variedad de posiciones intermedias, entre los médicos partidarios de la *hipótesis del contagio* (o *contagionistas*) y aquéllos que defendían la *hipótesis miasmática o localista* (*anti-contagionistas*) (Howard-Jones, 1975; Mateos Jiménez, 2005; OMS, 1958).

A grandes rasgos, según Juan Mateos Jiménez (2005), los contagionistas estaban afincados en los gobiernos conservadores del mediterráneo, y defendían las medidas cuarentenarias que había legado la lucha contra la peste negra medieval, abogando por establecer medidas similares contra las epidemias «exóticas»: que en el espacio fronterizo se traducían en la aplicación de estrictos cordones sanitarios protectores y cuarentenas en los lazaretos. Antes de abordar las particularidades de los defensores de la hipótesis miasmática, conviene detenernos en los importantes desplazamientos e innovaciones que produjo el despliegue europeo de la lucha contra la peste que venía azotando desde el medievo.

Como demostró Foucault (1999b), el modelo de la cuarentena se desarrolló como «plan de urgencia» que debía ser aplicado cuando la peste o cualquier otra epidemia de carácter grave estallaba en la ciudad. A finales del siglo XVIII en Francia el plan de emergencia cuarentenario comprendía una serie de medidas que se oponían al otro gran modelo hegemónico: el modelo de la lepra cuyo *modus operandi* radicaba en la exclusión, la estigmatización y el encierro de las personas enfermas en recintos alejados de las ciudades. Por el contrario, el modelo cuarentenario de la peste operaba sobre el espacio urbano mediante mecanismos de vigilancia, distribución, desinfección, registro de vivos y muertos, y compartimentación de los individuos en sus casas, a ser posible, aislados en sus aposentos.²⁰⁹

Este *sistema cuarentenario* dio lugar en Francia a la emergencia de la «medicina urbana» en pleno proceso de industrialización y urbanización «una medicina de las cosas, del aire, del agua, de las descomposiciones y de las fermentaciones [...] de las condiciones de vida, del medio de existencia» (Foucault, 1999b, p. 378). El foco de la

²⁰⁹ Por ejemplo, a finales del siglo XVIII en París el plan de urgencia comprendía las siguientes medidas «1. Todas las personas debían permanecer en casa para ser localizadas en un lugar determinado. Cada familia en su hogar y, a ser posible, cada persona en su propio aposento. Nadie debía moverse; 2. La ciudad debía dividirse en barrios a cargo de una autoridad especialmente designada. De este jefe de distrito dependían los inspectores, que debían recorrer las calles durante el día o permanecer en las esquinas para verificar si alguien salía de su vivienda [...]; 3. Estos vigilantes de calle o de barrio debían presentar todos los días al alcalde de la ciudad un informe detallado de todo lo que habían observado [...]; 4. Los inspectores debían pasar revista diariamente a todas las casas de la ciudad. En todas las calles por donde pasaban pedían a cada habitante que se asomara a una determinada ventana, a fin de verificar si seguía viviendo, y anotarlo a continuación en el registro. El hecho de que una persona no apareciera en la ventana significaba que estaba enferma, que había contraído la peste, y por lo tanto que había que recogerla para trasladarla a una enfermería especial fuera de la ciudad. Se operaba, por tanto, una revisión exhaustiva de los vivos y de los muertos.; 5. Se procedía a la desinfección casa por casa, con la ayuda de perfumes e inciensos.»

medicina urbana no fueron los individuos, sino la transformación de las urbes en espacios *salubres*, esto es: desplazamiento de los cementerios a la periferia de la ciudad e individualización de los cadáveres —se inventan las tumbas individuales y familiares— para proteger a los vivos de las influencias pestilenciales de los muertos; desplazamiento también, por tanto, de los mataderos a los alrededores de la ciudad; control de la circulación del aire y del agua, considerados como factores patógenos que transportan *miasmas* bajo ciertas condiciones climáticas; para luchar contra ello, apertura de corredores de ventilación mediante grandes avenidas y demolición de casas hacinadas en torno a los ríos; establecimiento de los primeros planes hidrográficos, distribución de fuentes, lavaderos, desagües y pozos para la extracción de agua no contaminada por desechos fecales, etc. (Foucault, 1999b). La puesta en marcha de estas medidas de intervención en el ambiente urbano dio lugar al nacimiento de la «medicina científica» a través del ensamblaje de la profesión médica con la ciencia química en torno al concepto de *miasma*, un ensamblaje que operó para resolver los problemas de la salubridad del aire y del agua. Es también de la medicina urbana, y de su concepto de salubridad, de donde surge la idea de la *higiene pública* —antecedente de la salud pública—, conceptos en torno a los cuales operaron las Conferencias Sanitarias Internacionales (Foucault, 1999b, p. 378).

Contra la doctrina contagionista en las Conferencias Sanitarias Internacionales del siglo XIX y principios del XX, se alzaban —en discusiones sin fin y muy a menudo fanáticas— los partidarios de la hipótesis miasmática o local, denominados anti-contagionistas o no-contagionistas (Howard-Jones, 1975), quienes pertenecían fundamentalmente a los gobiernos liberales de Gran Bretaña y del Norte de Europa (Mateos Jiménez, 2005). Éstos achacaban la responsabilidad del cólera, la peste y otras enfermedades epidémicas, a unos efluvios malignos que circulaban por el aire, los «miasmas», un concepto de origen griego (μῑασμα) que significaba «polución o contaminación». Éstos, bajo determinadas condiciones climáticas y de suelo, particularmente con la humedad y el calor, emanaban de la materia orgánica en descomposición y de las aguas pútridas, enfermando especialmente a los individuos de «constitución débil», y aquéllos sin hábitos higiénicos y con modos de vida «inmorales». Dicha conceptualización permitía a los liberales o ultraliberales rechazar como anticuadas las cuarentenas portuarias en favor del libre comercio, y proponer medidas de salubridad ambientales de carácter local, como las desarrolladas por la medicina urbana, acompañadas de medidas de higiene y moral individuales (Cueto et al., 2019; Howard-Jones, 1975; Mateos Jiménez, 2005).

La encarnizada disputa entre contagionistas y no-contagionistas se extendió más allá de inicios del siglo XX, a pesar de que para entonces ya se produjeron el conjunto de descubrimientos que clarificaron la etiología contagiosa de la tuberculosis (1882), el cólera (1883), la peste (1894), la fiebre amarilla (1901) y el tifus epidémico (1909) (Cueto et al., 2019; Howard-Jones, 1975; Mateos Jiménez, 2005; OMS, 1958). En este lapso, el lema común de la mínima interferencia para el comercio con la máxima protección para la salud pública nacional, en torno al cual operaron las Conferencias, ya había dado lugar a la instauración de un nuevo sistema cuarentenario en occidente; el *English System*, que se desarrolló en Gran Bretaña entre 1860 y 1880 (Bourdelaïs, 2006; Hardy, 1993; Rodríguez Ocaña, 2020).

En esta época Gran Bretaña era precisamente el lugar dónde se estaba desarrollando la primera «medicina de la fuerza de trabajo» ante la emergencia de un desarrollo industrial sin precedentes y justo en el momento en que la pobreza proletarizada había sido triunfantemente constituida como un peligro para el orden social y sanitario europeo (Foucault, 1999b). La medicina de la fuerza de trabajo surgió allí como una extensión de la *Poor Law* del 1834 (Ley de Pobres), que estableció «un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre ricos y pobres» y un sistema de cuidados sanitarios obligatorios y gratuitos, que al tiempo que hacía a las clases desposeídas más aptas para el trabajo, servía de protección sanitaria para librar a los ricos de los fenómenos epidémicos (Foucault, 1999b, p. 382).

Este sistema sanitario de *medicina social inglesa*, fundada principalmente por John Simon (1816-1904), y articulada por los *Health Services* y las *Health Offices* era tan autoritario que, hacia mediados de 1870, fue objeto de «violentos fenómenos de reacción y de resistencias populares, y pequeñas insurrecciones antimédicas» por parte de grupos religiosos que se oponían al autoritarismo medicalizador reivindicando «el derecho a la vida, el derecho a enfermar, a curarse y a morir, según el propio deseo» (Foucault, 1999b, p. 383).²¹⁰

Era en esta época de resistencias antimédicas, cuando también se estaban asentando las bases del *English System* para combatir las enfermedades exóticas, en respuesta a la epidemia de cólera que estalló en 1865 en Egipto y alcanzó Inglaterra, catalizando de nuevo el debate nacional sobre si eran o no necesarias las medidas cuarentenarias (Hardy, 1993). El gobierno británico declaró, en la línea habitual, su oposición a la cuarentena. No obstante, Simon, que partía de una posición anti-contagionista, llevaba

²¹⁰ Véase a éste respecto el trabajo de MacLeod (1967) *Law, medicine and public opinion: the resistance to compulsory health legislation 1870-1907*.

desde antes de 1859 (Segunda Conferencia Sanitaria Internacional, París) reconociendo el valor de las investigaciones de John Snow (1813-1858), considerado contemporáneamente como el padre de la epidemiología moderna, en lo que respecta al «peligro de beber agua contaminada por residuos fecales de enfermos durante una prevalencia epidémica de cólera.²¹¹ En consecuencia, Simon «rastreó el movimiento de la enfermedad a través del continente europeo a lo largo de 1865» reconociendo que las defensas de la nación británica eran deficientes en dos factores; la limpieza del suministro de agua potable y la regulación de la navegación. El hecho de que la cuarta Conferencia Sanitaria Internacional (Viena, 1897) rechazara contradictoriamente la teoría postulada por Simon en favor de las fanáticas ideas anti-contagionistas defendidas durante largo tiempo por el influyente delegado alemán Max von Pettenkofer (1818-1901) (Howard-Jones, 1975, p. 37), no impidió que la experiencia británica de 1866 fuera crítica. «Resultó en el reenfoque del esfuerzo preventivo inglés. El cólera ya no se considera un problema local, sino un problema al que debe enfrentarse un plan preventivo de base amplia que tenga en cuenta su condición de invasor y sus medios de transmisión internacional», lo que significó reconocer su potencial contagioso y desarrollar una política portuaria de cuarentenas individualizadas que acabó librando a Gran Bretaña de los brotes de colera de 1872 y 1874, y desembocó en el reconocimiento del *English System* como base de la acción preventiva internacional en las Conferencias Sanitarias de Venecia (1892) y Dresden (1893) (Hardy, 1993, p. 225).

²¹¹ En un informe dirigido a la *General Board of Health* que data de 1858, Simon reconocía respecto a las investigaciones de Snow que su peculiar doctrina «(primero introducida en 1847 como el carácter contagioso del cólera [...] contra los insuperables argumentos que han sido establecidos [sus...] ilustraciones están muy lejos de proporcionar una doctrina [...]: pero son evidencia valiosa en lo que respecta al peligro de beber agua contaminada con heces durante una epidemia de cólera» (Howard-Jones, 1975, p. 17).



Ilustración 13. *Death's Dispensary. Open to the poor, gratis, by permission of the parish*
«Dispensario de la Muerte. Abierto a los pobres, gratis, con permiso de la parroquia»

Ilustración publicada en *Fun Magazine* (Londres, 1866). Ésta caricatura del británico George John Pinwell (1842-1875) muestra a personas pobres rodeando una bomba de agua dispensada por una figura de la muerte, en referencia al reciente descubrimiento de John Snow sobre la transmisión del cólera. El suministro de agua en Londres, como el de otras grandes capitales europeas, era agua de río sin tratar. Imagen de dominio público, *Philadelphia Museum of Art*.

El sistema británico triunfante, además de promover los sanitarios y la inversión de capital en agua corriente y redes de alcantarillado en las ciudades, lo cual sintonizaba con la hipótesis miasmática, articulaba una forma de cuarentena limitada e

individualizada que atribuía enormes competencias a las autoridades sanitarias portuarias (Hardy, 1993). Éstas ostentaban los poderes de inspección de los barcos, de identificación de los casos sospechosos para el aislamiento obligatorio en hospitales, y de desinfección o destrucción de las mercancías. Pero además, en virtud del legado miasmático el sistema suponía también la culpabilidad individual de quienes eran acusados de no obedecer los principios de la moralidad y la higiene personal, reforzando tanto las dinámicas de estigmatización internas de las clases desposeídas europeas, entre las que figuraban las personas pobres —y muy especialmente las prostitutas y las madres jóvenes que eran acusadas de transmitir la sífilis—, como la estigmatización de las personas no-caucásicas provenientes de las costas orientales del mediterráneo (Bourdelaís, 2006; Hardy, 1993; Rodríguez Ocaña, 2020). Estos procesos de estigmatización derivaron de la constitución de individuos, grupos sociales y naciones como vectores de *riesgo* —un concepto que podríamos trazar hasta esta época en opinión de Esteban Rodríguez Ocaña (2020)— y, por ende, de *transmisión epidémica*, lo cual desembocó en el establecimiento de dispositivos específicos de vigilancia, persecución y destrucción dirigidos a estos colectivos. En el caso de las denominadas «enfermedades exóticas»:

los peregrinos árabes solían ser retratados como portadores de cólera. Se sospechaba que llevaban la enfermedad anualmente desde la India a La Meca y Medina y allí infectaban a otros peregrinos musulmanes que la llevaban de regreso a Europa. [...] Los indios y los árabes portaban el cólera, y más tarde se pensó que la fiebre amarilla era transmitida por inmigrantes del Caribe y la peste bubónica por inmigrantes de China. En el caso de la peste, los inmigrantes asiáticos que se creía que la portaban se convirtieron en chivos expiatorios de las autoridades públicas de los países desarrollados, que incendiaron varios barrios chinos (Cueto et al., 2019, pp. 12-13).

El desarrollo de la bacteriología y el consenso en torno a la efectividad del *English System* facilitaron el establecimiento de las primeras Convenciones Sanitarias Internacionales (la primera data de 1892) y el cese progresivo de la defensa de la etiología miasmática que, no obstante, continuó teniendo un número importante de adeptos hasta principios de los años 20 (Cueto et al., 2019; Howard-Jones, 1975; Mateos Jiménez, 2005). En conjunto las Conferencias Sanitarias Internacionales, partiendo de una política de defensa eurocéntrica «proporcionaron un foro único para el intercambio internacional de ideas entre administradores sanitarios y médicos científicos de diferentes naciones y culturas» en lo que respecta a las enfermedades *epidémicas* (Howard-Jones, 1975, p. 9). Para que nos hagamos una idea, la decimotercera Conferencia, realizada en París en 1926, que tenía el objeto de revisar la última Convención Sanitaria Internacional del 1912 a la luz de los nuevos avances científicos, y

que estableció un reglamento sobre la viruela y el tifus —dos epidemias en auge en este periodo de entreguerras—, contó con la participación de más de 50 Estados soberanos (Howard-Jones, 1975; Mateos Jiménez, 2005); un número superior al de los que participaron en la primera asamblea de la Sociedad de Naciones en 1920, que fueron 42.

Este foro internacional de diplomacia en materia de epidemias, en el que arraiga la genealogía de la OMS, contribuyó notablemente a facilitar el libre comercio capitalista, a afianzar la hegemonía de la medicina occidental, y a instaurar una política inmunitaria occidentalocéntrica de *no-importación* de enfermedades «exóticas». Como ha evidenciado Obijiofor Aginam (2003, p. 2), la matriz de exclusión y dominación colonial civilización-barbarie desde la cual operaron predominantemente las Conferencias Sanitarias Internacionales sigue —con sus desplazamientos y rearticulaciones— latiendo en el dividendo contemporáneo Norte-Sur de la gobernanza global en salud. Allí modula las prioridades epidemiológicas, los saberes representados, y las exclusiones sistemáticas que hacen que «más de 3.300 millones de personas en el mundo» sean «desterradas a la penitencia de la inseguridad sanitaria», o lo que es lo mismo a una biopolítica del *dejar morir*. Este vínculo colonial e imperial entre capitalismo, salud y occidentalocentrismo ha sido sin duda puesto en evidencia en la reciente pandemia del COVID-19.

Estas Conferencias Sanitarias condujeron a la fundación, una tras otra de las organizaciones internacionales de salud que existieron al fin de la II Guerra Mundial (Howard-Jones, 1975). Esto es, la *Office International d'Hygiène Publique* (OIHP; propuesta en la Conferencia de 1903 y creada en la de 1907, con sede en París); la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones (OHSN, 1920, Ginebra), y La Administración de las Naciones Unidas para el Auxilio y la Rehabilitación (UNRRA, por sus siglas en inglés), que fue creada en 1943 por las potencias aliadas con el objetivo inicial de asistir a las víctimas civiles europeas de la II Guerra Mundial. Todas ellas, además de la *Pan American Sanitary Bureau* (PASB, 1902, Washington), una organización regional creada por EEUU para el control de las epidemias en las Américas, y efectivamente, la primera en establecerse y contar con oficina y secretaría propia, acabaron siendo absorbidas por la OMS (Howard-Jones, 1975; OMS, 1958; WHO Interim Commission, 1947g).²¹²

²¹² Además a lo largo de siglo XIX se crearon otros cuatro organismos sanitarios regionales, sin secretaría ni oficina propia, para reglamentar los regímenes de cuarentena en torno al mediterráneo «que solían estar determinados por las potencias europeas», y se integraron en el funcionamiento de las Conferencias Sanitarias Internacionales, dos de ellos son antecedentes; El *Conseil supérieur de*

La Conferencia de Paz de París y la ofensiva revolucionaria

En el curso y declive de la Gran Guerra, la más destructiva hasta entonces conocida y la primera calificada como «guerra total», la serie de armisticios solicitados en otoño del 1918 por las Potencias Centrales a los Aliados desembocaron en la Conferencia de Paz de París (1918-1919).²¹³ Para entonces, la Revolución Rusa de octubre de 1917 que habían iniciado campesinos, obreros y soldados organizados en *soviets*, ya había culminado con la caída del zarismo, la toma de poder por parte de los Bolcheviques y la salida de Rusia de la Gran Guerra «capitalista» e «imperialista», bajo el liderazgo de Vladímir Lenin (1870-1924).²¹⁴

Así es como —acertadamente— solían llamarla quienes venían oponiéndose a ella desde posiciones socialistas radicales e internacionalistas que reivindicaban la fraternidad del proletariado internacional, y no su matanza mutua en las trincheras. El estallido de la Gran Guerra había supuesto la quiebra de la II Internacional (1889-1916) como organización revolucionaria, los manifiestos contra la carnicería capitalista e imperialista se convirtieron en humo cuando algunos de los partidos afiliados apoyaron a sus respectivas burguesías en la guerra, entre ellos el *Sozialdemokratische Partei Deutschlands* (SPD: Partido Socialdemócrata de Alemania), que era el más poderoso de Europa.²¹⁵

Santé de Constantinopla (1838): *Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Égypte* (1843): El *Conseil sanitaire de Tanger* (1840) y el *Conseil sanitaire de Téhéran* (1867) que gozó de escasa operatividad y fue reemplazado por el *Conseil sanitaire de l'Empire* decretado por *Sha* de Persia (1904) (OMS, 1958, pp. 32-34).

²¹³ El Reino de Bulgaria fue el primero en solicitarlo en septiembre del 1918, tras éste lo solicitaron el Imperio austrohúngaro (el 7 de octubre), el Imperio Otomano (20 de octubre), y el Imperio Alemán, que empezó a negociar el armisticio con presidente estadounidense Woodrow Wilson el 3 de octubre, haciéndose este efectivo el 11 de noviembre, tras la Revolución de Noviembre de carácter socialista que forzó la abdicación del *káiser* Guillermo II el 9 de noviembre de 1918 y desembocó en el cambio de un régimen monárquico parlamentario a la institución de lo que ha sido conocido por la *Weimarer Republik* (República de Weimar, un término historiográfico pues el país conservó su antiguo nombre, *Deutsches Reich*), que fue aprobada el 31 de julio y entró en vigor a partir del 11 de agosto de 1919. Sobre la conferencia de Paz de París y el Tratado de Versalles véanse, sobre todo los trabajos de Margaret MacMillan (2001) y Alan Sharp (1991).

²¹⁴ Rusia abandonó la Gran Guerra en marzo del 1918, con la firma del acuerdo de paz entre Rusia y el Imperio Alemán mediante el Tratado Brest-Litvsk.

²¹⁵ Sobre esta cuestión véanse los trabajos de Rosa de Luxemburgo, quién se opuso desde dentro a las políticas del SPD e hizo una gran crítica a la deriva reformista de los partidos socialdemócratas de la época y, al tiempo que reconociendo la importancia capital de la Revolución Rusa y las dificultades que afrontaron los bolcheviques, lanzó agudas críticas a su deriva dictatorial «partidista» antes de morir asesinada. Luxemburgo, Rosa. (1900/2002) *Reforma o Revolución*. Madrid. Fundación Federico Engels.; Luxemburgo, Rosa. (1916/2017). *La Crisis de la Socialdemocracia*. Editor digital titivillus.; Luxemburgo, Rosa. (1918/2017b). *La Revolución rusa*. Editor digital titivillus. Véase también, Lenin, V. I. (1917/1966). *El imperialismo, fase superior del capitalismo*. Editorial Progreso.

La Conferencia de la Paz comenzó oficialmente el 8 de enero de 1919 congregando en París a los líderes de los gobiernos Aliados junto con sus séquitos de asesores; ministros de exterior, diplomáticos, militares, economistas, banqueros, académicos, etc. París era la capital del estado beligerante que había perdido una mayor proporción de población y estaba habitada por cuerpos marcados por las mutilaciones de guerra, la pobreza, la hambruna y el luto. A ella acudieron también la prensa internacional, hombres de negocios y una multitud de activistas de diversas causas —reaccionarias, nacionalistas, religiosas, progresistas, etc.—, entre las que no faltaron las demandas por el sufragio femenino, la igualdad racial, las leyes laborales y el desarme (MacMillan, 2001; Sharp, 1991).

Durante los más de seis meses que duraron las negociaciones de paz, París transmutó en la sede de un «Gobierno mundial» (MacMillan, 2001). Tras la caída de cuatro Imperios y sus colonias, los Aliados se dispusieron a la tarea de establecer los términos de la paz con los vencidos, instituir un nuevo orden geopolítico entre los beligerantes, es decir, rediseñar las fronteras de Europa y Oriente Próximo y de las «posesiones coloniales» en África y Asia, y planificar el paso de una economía capitalista de guerra a una de paz. Un total de 32 países fueron invitados a estas negociaciones de paz que, no obstante, excluyeron de su participación a los vencidos. Las Potencias Centrales solo tuvieron la oportunidad de presentar enmiendas cuando los acuerdos de paz ya estaban más que cerrados, puro formalismo. La cuestión para éstas radicó en escoger entre firmar un tratado de paz impuesto o reiniciar una guerra que tenían perdida (MacMillan, 2001; Sharp, 1991).

La Conferencia, que había sido convocada por los Cinco Grandes vencedores, entre los cuales figuraba el Imperio de Japón —encabezado por el Príncipe Saionji Kinmochi (1849-1940)— dio inicio oficial a las negociaciones, a través del dispositivo del Consejo de los Diez, también llamado Consejo Supremo. No obstante, el contenido de los acuerdos fue decidido en reuniones extraoficiales por el Consejo de los Cuatro, que estuvo operativo desde mediados de marzo hasta mediados de junio del 1919. Éste Consejo excluía a Japón y estuvo formado por los líderes de las cuatro grandes potencias occidentales: Woodrow Wilson (1856-1924) presidente de los Estados Unidos; David Lloyd George (1863-1945), Primer Ministro del Imperio Británico; Georges Benjamin Clemenceau (1841-1929), Primer Ministro de Francia y; Vittorio Emanuele Orlando (1860-1952), Primer Ministro de Italia. Orlando tuvo una influencia mucho menor en la toma de decisiones y la delegación Italiana abandonó la conferencia decepcionada antes

de presentar el primer tratado de paz, esto es, el Tratado de Versalles (MacMillan, 2001; Sharp, 1991).²¹⁶

El reconocimiento del nuevo Gobierno Bolchevique de Rusia nunca llegó a producirse. El Imperio Ruso había formado parte de los Aliados hasta marzo de 1918 y en el transcurso de la guerra entre los Bolcheviques y el Movimiento Blanco imperial, los Aliados optaron por financiar una intervención militar y humanitaria en apoyo del Ejército Blanco y los grupos antibolcheviques, que fue liderada por los estadounidenses y duró hasta que se hizo evidente que sus aliados zaristas habían perdido la guerra civil. Tras múltiples diatribas, que implicaron misiones diplomáticas con los Bolcheviques, su gobierno no fue oficialmente reconocido, y solo se permitió asistir —en calidad de oyentes— a algunos líderes del Movimiento Blanco afincados en París. En la Conferencia de Paz de París, los Aliados, que sin duda temían la expansión internacional del comunismo en el contexto revolucionario de una Europa destrozada por la guerra, elaboraron cinco tratados, uno para cada uno de los vencidos.²¹⁷ El primero y más importante, aquél que acabó con la Gran Guerra, fue el Tratado de Versalles destinado a la potencia más poderosa, Alemania, y firmado por la naciente República de Weimar el 28 de junio de 1919. (MacMillan, 2001; Sharp, 1991).

Para entonces la República de Weimar, liderada por el SPD, ya había finiquitado la Revolución de noviembre del 1918, que había desembocado en la caída de la Monarquía constitucional del *Kaiserreich*, la firma del armisticio y su propia institución (Mark Jones, 2016). Esta revolución había sido iniciada por consejos de soldados y obreros, organizados al modo de los *soviets* rusos, que pronto se esparcieron por el territorio Alemán, y apoyada, entre otros grupos izquierdistas, por la *Spartakusbund* (Liga Espartaquista) de la cual nació el *Kommunistische Partei Deutschlands* (Partido

²¹⁶ La organización de la paz fue caótica, cambiante y opaca. Alan Sharp, distinguió cuatro fases cronológicas: «el período comprendido entre octubre de 1918 hasta que la conferencia abrió propiamente en enero de 1919, que estuvo dominado por las agencias de guerra como el Consejo Supremo de Guerra, complementado por reuniones de líderes aliados y sus representantes; las primeras etapas de la propia conferencia cuando, con la excepción de las negociaciones de la Liga de las Naciones, el Consejo de los Diez era el principal foro de discusión y toma de decisiones; el período desde mediados de marzo hasta finales de junio cuando el Consejo de los Cuatro se convirtió en el principal órgano de toma de decisiones con su trabajo concentrado en dos ráfagas de actividad, desde finales de marzo hasta principios de mayo y nuevamente a principios de junio [aquí es cuando se tomaron las decisiones más relevantes]; y, finalmente, el residuo del proceso de establecimiento de la paz desde julio de 1919 hasta julio de 1923, durante el cual las responsabilidades se dividieron de manera incierta entre los gobiernos y una variedad de agencias inter-Aliadas» (Sharp, 1991, p. 19).

²¹⁷ Esto es, el Tratado de Versalles, del 28 de junio de 1919 (Alemania), el Tratado de Saint-Germain, del 10 de septiembre de 1919 (Austria); el Tratado de Neuilly, del 27 de noviembre de 1919 (Bulgaria); el Tratado de Trianon, del 4 de junio de 1920 (Hungría) y, el Tratado de Sèvres, del 10 de agosto de 1920, que fue posteriormente revisado por el Tratado de Lausana, del 24 de julio de 1923 (Imperio Otomano/República de Turquía).

Comunista Alemán) a principios de enero de 1918 (Mark Jones, 2016). El 15 de enero, el aplastamiento del *Spartakusaufstand* (Levantamiento Espartaquista), y el asesinato, entre muchos otros, de los principales líderes de la Liga Espartaquista y del Partido Comunista Alemán, Rosa de Luxemburgo (1871-1919) y Karl Liebknecht (1871-1919) — ambos de origen judío—, dio prácticamente por finiquitada la revolución. Los asesinatos fueron perpetrados por los *Freikorps* (*Cuerpos de voluntarios*), tropas paramilitares improvisadas que congregaron a los veteranos de guerra antimarxistas y ultranacionalistas, que colaboraron con el Gobierno socialdemócrata de Weimar y el Ejército Imperial, en el aplacamiento de la revolución, también ejecutores del derrocamiento de la *Bayerische Räterepublik* (República Soviética de Baviera) en mayo del 1919 (Mark Jones, 2016; Waldman, 2020).²¹⁸ Tras estos acontecimientos La República de Weimar, quedó deslegitimada tanto por la izquierda como por los ultranacionalistas antimarxistas e imperialistas, y durante largo tiempo (1918-1923) siguió sumida en una suerte de guerra civil marcada por asesinatos, complots y golpes de estado que propiciaron la emergencia del Nazismo. De los *Freikorps* salieron muchos de los «guerreros» ultranacionalistas, antimarxistas y antisemitas que participaron bajo el mando de Hitler en el *Putsch* de la Cervecería, para pasar después a ser absorbidos por la cárcel, el exilio y el partido Nazi (Nigel Jones, 2004).

²¹⁸ Para un relato de la Revolución Alemana, por parte de sus protagonistas con archivos y textos de la época que abordan los debates acontecidos en la Liga Espartaquista y la fundación del Partido Comunista Alemán, así como los últimos textos de Luxemburgo y Liebknecht antes de su asesinato, véase el compendio, Luxemburgo, Rosa, y Liebknecht, Karl. (2009). *La revolución alemana de 1918-19*. Editor digital: Titivillus.

El Tratado de Versalles: una continuación de guerra por otros medios

El Tratado de Versalles, que entró en vigor el 10 de enero de 1920, forzó al nuevo gobierno de Alemania a declararse como único responsable —junto con sus aliados— de la Gran Guerra, y le impuso condiciones punitivas, entre ellas, la cesión de aproximadamente el 10% de su territorio (del cual prácticamente no había perdido nada durante la Gran Guerra), medidas militares de desarme y de reducción de su ejército a mínimos, y cláusulas económicas de reparación que Alemania no terminó de saldar hasta el 3 de octubre del 2010. Alemania se vio obligada a firmar el tratado contra la opinión pública de su ciudadanía y bajo absoluta coerción, ante un potencial golpe militar por parte de los Aliados (MacMillan, 2001; Sharp, 1991, 2015). El 21 de junio del 1919, antes de que se firmara el Tratado de Versalles y cuando estaba a punto de concluir la fecha límite para ello fijada, los buques alemanes retenidos en Scapa Flow izaron la bandera de Alemania al unísono y acto seguido empezaron a hundirse. Los marineros alemanes habían preferido destruir gran parte de su flota, unas 400.000 toneladas de buques, a entregarla a los Aliados en términos de compensación (Marder, 1970, pp. 270-282).²¹⁹

Las cláusulas de reparación precipitaron la dimisión de quien acabó convirtiéndose en el artífice de las políticas del *Welfare State*, el economista y delegado británico John Maynard Keynes (1883-1946), por entonces vinculado al *British Treasury* e implicado en la elaboración del Tratado. Keynes se venía oponiendo fervientemente a éstas por considerarlas injustas, abusivas y peligrosas (MacMillan, 2001; Sharp, 1991). Antes de que el Tratado de Versalles entrara en vigor, en noviembre de 1919, publicó una de sus obras más reconocidas, *The Economic Consequences of the Peace* (1919/1920), la cual lo lanzó a la fama y se convirtió en un *best seller* internacional que tuvo un fuerte impacto en la formación de la opinión pública de su época, especialmente en el contexto anglosajón, alemán y francés (Clarke, 2009).²²⁰ Allí, Keynes se refirió al Tratado de

²¹⁹ El Anexo III-6, del Tratado de Versalles, requería la entrega de parte de la flota alemana en términos de compensación.

²²⁰ El éxito de libro de Keynes fue tal que un francés que llevaba tiempo criticando el diagnóstico de Keynes se vio interpelado, tras la II Guerra Mundial a escribir un libro refutando cada una de las tesis defendidas por Keynes y atribuyéndole el hecho de haber contribuido a la deslegitimación generalizada y temprana a la que se vio abocado el Tratado de Versalles. Véase, Mantoux, Etienne. (1946). *Carthaginian peace or the economic consequences of Mr Keynes*. Oxford University Press, London. Cabe señalar que, el libro de Keynes no solo influyó en la opinión pública de la época en que se hizo del Tratado de Versalles, como injusto y vengativo, también formó ésa misma opinión en los historiadores e historiadoras durante largo tiempo, algo que en la actualidad se ha convertido en una verdadera disputa. Keynes continúa estando en el centro del debate historiográfico contemporáneo

Versalles como una paz cartaginesa, o lo que es lo mismo, la «política de reducir a Alemania a la servidumbre durante una generación, de degradar la vida de millones de seres humanos y de privar a toda una nación de la felicidad» (Keynes, 1920, p. 209). Entre otros, atribuyó la proclamada catástrofe a la exclusión de los alemanes de la negociación, y, sobre todo, a las propuestas extremas, definitivas, punitivas y vengativas, defendidas por el Primer Ministro Clemenceau, —y finalmente también por el Presidente Wilson a traición del discurso de los *fourteen points* con el que había inspirado al mundo entero—, para acabar lanzando un augurio de la Gran Depresión que llegaría una década después.²²¹

París era una pesadilla, y todos allí eran morbosos. Una sensación de catástrofe inminente se cernía sobre la frívola escena; la futilidad y pequeñez del hombre ante los grandes acontecimientos que le esperan; la mezcla de significado e irrealidad de las decisiones; la ligereza, la ceguera, la insolencia, los gritos confusos del exterior, todos los elementos de la antigua tragedia estaban allí. Sentado en medio de los atavíos teatrales de los Salones de Estado franceses, uno podría preguntarse si los rostros extraordinarios de Wilson y Clemenceau, con su tonalidad fija y su caracterización inmutable, eran realmente rostros y no las máscaras trágico-cómicas de algún extraño personaje de teatro o espectáculo de marionetas (Keynes, 1920, pp. 3-4).

Este Tratado de paz, o más bien esta «continuación de la guerra por otros medios»,²²² también instituyó, por insistencia del presidente Wilson, la primera organización intergubernamental e internacional permanente cuyo objetivo fundamental era el de «desarrollar la cooperación entre las naciones y garantizar la paz y la seguridad» (preámbulo): esto es, la Sociedad de Naciones, cuya constitución, El Pacto de la Sociedad de Naciones, quedó contenida en los 26 primeros artículos del Tratado de Versalles. La *League of Nations* fue una de las promesas que Wilson había incluido en el discurso de

en torno a las consecuencias del Tratado de Versalles y a su influencia en el despliegue de la II Guerra Mundial. Los diagnósticos contemporáneos son más benevolentes con los negociadores de la Paz y con el Tratado de Versalles. Para una revisión actualizada y detallada sobre ésta cuestión véase, sobre todo, el trabajo de Alan Sharp (2015).

²²¹ El artículo 231, establecía: «Los gobiernos aliados y asociados declaran, y Alemania reconoce, la responsabilidad de Alemania y sus aliados por haber causado todos los daños y pérdidas, a los cuales los gobiernos aliados y asociados se han visto sometidos como consecuencia de la guerra impuesta a ellos por la agresión de Alemania y sus aliados».

²²² He tomado esta expresión de Foucault (2001). En el curso *Defender la Sociedad* (1975-1976), invirtió el famoso aforismo de Carl von Clausewitz (la guerra no es más que la continuación de la política por otros medios) para pensar las relaciones de poder por fuera de la hipótesis represiva, desde el marco de la guerra, al que denominó hipótesis de Nietzsche. «En esta hipótesis [la política no es más que la continuación de guerra por otros medios], el papel del poder político sería reinscribir perpetuamente esa relación de fuerza, por medio de una especie de guerra silenciosa, y reinscribirla en las instituciones, en las desigualdades económicas, en el lenguaje, hasta en los cuerpos de unos y otros. [...] Nunca se escribiría otra cosa que la historia de esta misma guerra, aunque se escribiera la historia de la paz y sus instituciones (Foucault, 2001, p. 29). Es interesante notar que al parecer fue el propio Clemenceau, y no Foucault, quien invirtió el aforismo en primer lugar, cuando en 1930 escribió: «la guerra, oficialmente terminada, continúa en nuevas formas». Véase: Clemenceau, Georges. (1930). *Grandeurs et Misères d'une Victoire*. Paris: Librairie Plon.

los *fourteen points*, pronunciado el 8 de enero en el *United States Congress*, el cual habían inspirado moralmente tanto a los vencedores como a los vencidos, incluida Alemania, que en base a dicha declaración de principios aceptó firmar el armisticio, sin duda, esperando un mejor resultado (MacMillan, 2001; Sharp, 1991).²²³

Las negociaciones sobre el Pacto de la Sociedad de Naciones comenzaron antes incluso de la entrada en vigor del armisticio con Alemania, porque la *League of Nations* era la punta de lanzamiento de la «batalla» que Americanos y Británicos planificaron librar «por el capitalismo reformista contra el socialismo revolucionario de Lenin», quienes acordaron «resolver entre ellos su política sobre la Sociedad de Naciones» incluso antes de reunirse con sus Aliados (Sharp, 1991, p. 45). Como dirá George Egerton (1978, p. 62), en 1918, antes incluso del inicio de la Conferencia de Paz, «la idea de la *Ligue of Nations* estaba en el centro de la respuesta ideológica del liberalismo británico y estadounidense a la tragedia de la guerra moderna y el miedo a la revolución». El 20 de marzo 1918, el Gobierno Británico ya empezó a hacer circular el primer borrador relativamente oficial del Pacto, titulado *The Committee on the League of Nations* (Hunter Miller, 1928).

La Sociedad de Naciones fue, en consecuencia, la primera sección del Tratado de Versalles negociada por el Consejo de los Cuatro. El 25 de enero del 1919 la Conferencia Plenaria creó la *League of Nations Commission* bajo la presidencia de Wilson para elaborar el borrador del Pacto. Por entonces Wilson todavía insistía en mantener su integridad y sus promesas, luego llegó la aceptación de la política de venganza, castigo y protección por la que abogó principalmente Clemenceau, y que acabaron avalando Wilson y, aunque con cierto recelo, también Lloyd George (MacMillan, 2001; Sharp, 1991).

En este proceso, el intento de Japón por incluir la «igualdad racial» en el Pacto de la Sociedad de Naciones fue desechado (Shimazu, 1998), y el Pacto, aunque incluyó cláusulas destinadas a la protección de las minorías, constituyó no solo la continuación del régimen capitalista —lo cual ya quedaba claro en los *fourteen points*—, sino también la perpetuación de la política imperialista y colonial. Ésta quedó cristalizada en el compromiso de los miembros de la Sociedad con una «misión sagrada de civilización» aplicable «a las colonias y territorios que [...] hayan dejado de estar bajo la soberanía de

²²³ Así lo describió Keynes (1919/1920, p. 34-45): «Cuando el Presidente Wilson abandonó Washington gozaba de un prestigio y una influencia moral en todo el mundo sin precedentes en la historia. Sus palabras audaces y mesuradas llegaron a los pueblos de Europa por encima de las voces de sus propios políticos. Los pueblos enemigos confiaban en que llevaría a cabo el pacto que había hecho con ellos; y los pueblos aliados le reconocían no sólo como un vencedor, sino casi como un profeta».

los Estados que los gobernaban anteriormente y que estén habitados por pueblos aún no capacitados para dirigirse por sí mismos» (art. 22.1). Este paternalismo imperialista, fundamentado en la devaluación de los pueblos indígenas como *salvajes*, legitimaba la repartición de las riquezas y territorios coloniales de los vencidos entre los vencedores, y el sistema colonial de «mandatos» civilizatorios consistente «en confiar la tutela de dichos pueblos a las naciones más adelantadas, que, por razón de recursos, de su experiencia o de su posición geográfica, se hallen en mejores condiciones de asumir esta responsabilidad y consientan en aceptarla» (art. 22.2).

Además, esta antecesora de las Naciones Unidas, cuyo cometido principal de garantizar la paz y la seguridad nacía claramente minado por dentro para gran parte de la opinión pública de su época, ya incorporó dentro de su campo de acción el binomio salud/enfermedad, y contó con una organización intergubernamental de salud pública propia, la OHSN, que es el antecedente directo de la OMS.²²⁴

La pregunta por la salud y la enfermedad en el Pacto de la Sociedad de Naciones

¿De dónde procede, en el Pacto de la Sociedad de Naciones, la necesidad de incorporar la higiene —o la salud y la enfermedad— como un área de acción contenida en el macroobjetivo de promover la cooperación entre naciones y garantizar la paz y la seguridad universal? ¿Cuál es allí la naturaleza del vínculo entre los binomios paz/guerra y salud/enfermedad de las poblaciones? ¿En virtud de qué proceso llegó a inscribirse el tropo de la salud o higiene pública? Esta cuestión es importante porque más de veinticinco años después reencontraremos el vínculo entre la paz/guerra y salud/enfermedad en la Carta de las Naciones Unidas (1945). Será este vínculo el que haga posible la constitución de la OMS y, con ello, la emergencia del contemporáneo derecho humano a la salud. No obstante, como trataré de demostrar, los acontecimientos e imaginarios que subyacen al vínculo entre la paz universal vs. guerra y salud vs. enfermedad y, sobre todo, la *naturaleza del vínculo en sí mismo*, serán radicalmente diferentes en el lapso que va de la I Guerra Mundial a la II Guerra Mundial.

²²⁴ Emplearé a lo largo de este capítulo las nociones «higiene pública» y «salud pública» como sinónimos dado que esto es lo que se hacía en el periodo de entreguerras que analizo. Para darse cuenta de ello solo basta prestar atención al nombre de la OHSN. En los documentos oficiales en inglés se expresaba bajo el término «salud» (*League of Nations Health Organization*) y en los franceses bajo el término «higiene» (*Organisation d'Hygiène de la Société des Nations*). Lo mismo sucede con los términos «Liga de Naciones» (del inglés, *League of Nations*) y Sociedad de Naciones (del francés, *Société des Nations*). He decidido emplear la traducción de las versiones francesas de éstas organizaciones, siguiendo la pauta establecida por la OMS (1958).

La OHSN fue un producto imprevisto y enrevesado, derivado de un proceso atravesado por proyectos accidentados, disputas y respuestas a la contingencia epidémica que siguió a la Gran Guerra. Su nacimiento no estaba formalmente planificado en el Pacto de la Sociedad de Naciones, que en ningún artículo constituía una organización de salud propia. De hecho, las únicas organizaciones creadas mediante el Tratado de Versalles fueron la Sociedad de Naciones (26 primeros artículos) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT: sección XIII; artículos del 387 al 399), de la que nos ocuparemos más adelante.

A fin de analizar la naturaleza del vínculo entre salud/enfermedad y paz/guerra en el Pacto de la Sociedad de Naciones nos aproximaremos primero al proceso de inscripción del artículo que servirá a posteriori para anclar y justificar la fundación de la OHSN en el periodo que va de 1921 a 1923.

Formalmente la OHSN ancló su constitución en el último inciso del artículo 23 del Pacto de la Sociedad de Naciones, que estableció diversos compromisos de cooperación a asumir por los miembros de la Sociedad bajo «reserva» y de conformidad con los «convenios internacionales existentes en la actualidad o que se celebren en lo sucesivo». Éstos incluyeron compromisos relativos al trato «equitativo» o «humano» de determinadas poblaciones (proletariado mundial y poblaciones indígenas), ámbitos concernientes al comercio (incluido el control de la trata de mujeres y niños), la libre circulación entre los miembros y, finalmente, una mención que apelaba a un «esfuerzo» común para «prevenir y combatir las enfermedades».²²⁵

El hecho de que la mención dedicada a la *prevención y combate de las enfermedades* sea el último inciso del artículo 23, no es casual. Si atendemos al proceso de negociación y elaboración del Pacto (*drafting*), que fue descrito por el jurista y miembro de la delegación estadounidense David Hunter Miller (1875–1961), observamos que éste fue incluido tardíamente como forma de *limitar* un proyecto de salud pública que venía

²²⁵ El artículo 23 comprometía a los miembros a: (a) «asegurar y mantener condiciones de trabajo equitativas y humanas para el hombre, la mujer y el niño tanto en sus propios territorios como en todos los países a los que se extendieran sus relaciones comerciales e industriales»; (b) «asegurar un tratamiento equitativo a las poblaciones indígenas en los territorios sometidos a su administración»; (c) confiar «a la sociedad la inspección general de la ejecución de los acuerdos relativos a la trata de mujeres y niños», así como «al tráfico del opio» y otras «drogas perjudiciales» y (d) «la inspección general para el comercio de armas y municiones»; (e) asegurar la garantía y el mantenimiento de «la libertad de las comunicaciones y del tránsito, así como el trato equitativo para el comercio de todos los miembros de la Sociedad»; y finalmente el compromiso de (f) esforzarse por «adoptar medidas de orden internacional para *prevenir* y combatir las enfermedades» (énfasis mío). Esta traducción es del Instituto Iberoamericano de Derecho Comparado (1920), a excepción de la palabra en cursiva — *prevenir*— que fue traducida como «evitar», no obstante, las versiones originales y oficiales inglesa (*prevention and control*) y francesa (*prévenir et combattre*) claramente apelaban al término prevención (*Treaty of Peace with Germany, signed at Versailles, June 28, 1919 (66th Congress, 1st Session, United States Senate, July 10, 1919)*, 1919).

tomando forma en las élites vinculadas a la *American Red Cross* (ARC: Cruz Roja Americana) (Hunter Miller, 1928).

La *American Red Cross*, y el Pacto (sanitario) de la Sociedad de Naciones

Las diversas Sociedades Nacionales de la Cruz Roja habían nacido bajo el auspicio del *Comité International de la Croix-Rouge* (CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja) que fue el promotor del movimiento internacionalista de la Cruz Roja y tenía sede en Ginebra. Éste había sido fundado en 1863 por iniciativa del filántropo y humanista Henry Dunant (1825-1910) bajo el nombre de *Comité International de secours aux militaires blessés en champagne*, tras publicar sus memorias sobre la batalla de Solferino.²²⁶ El compromiso del CICR, que estaba regido por los principios de neutralidad e imparcialidad, radicaba en asistir a los heridos en combate a través de la acción de personas voluntarias, independientemente de su nacionalidad. Este organismo desembocó en el nacimiento del derecho humanitario internacional, con la aprobación de las Convenciones de Ginebra, cuyas actualizaciones a día de hoy lo continúan regulando (Chaponnière, 2018).²²⁷

La ARC había sido fundada por Clarissa Harlowe Barton (1821-1912) en 1881, tras su labor humanitaria en la guerra civil estadounidense y su voluntariado vinculado al CICR durante la guerra Franco-Prusiana. Era una asociación de voluntariado relativamente pequeña hasta que el 6 de abril 1917 el Congreso estadounidense votó a favor de entrar en la Gran Guerra. Ese mismo día el presidente Wilson emitió una declaración (*Statement on the Coordination of Relief*) que estableció «públicamente un estado de monopolio de facto para la *American Red Cross* entre las organizaciones de ayuda voluntaria de EE.UU» convirtiéndola «en la agencia voluntaria oficial para el socorro militar y civil» (Juila F Irwin, 2013, p. 73). Para entonces, la ARC ya tenía como principal fuente de financiación a la *Rockefeller Foundation* —cuya primera subvención fue destinada a ésta organización— y cuyas primeras hazañas en materia de salud pública en el campo internacional tras su constitución oficial en 1913, se formaron al calor de la Gran Guerra (Farley, 2004; Shubinski, 2022).

²²⁶ Véase, Dunant, Henry. (1862). *Un Souvenir de Solferino*. Imprimiere Jules-Guillaume Fick.

²²⁷ Actualmente el derecho internacional humanitario lo constituyen cuatro Convenciones de Ginebra, la primera comprende el *Convenio de Ginebra para el mejoramiento de la suerte que corren los militares heridos en los ejércitos en campaña de 1864*, actualizado en las siguientes convenciones de 1906, 1929 y 1949. Durante la Gran Guerra estaba en vigor la del 1906.

Inicialmente la ARC operó en la Gran Guerra brindando socorro humanitario neutral e imparcial, tanto a la Triple Entente como a las Potencias Centrales, según lo establecido en la Convención de Ginebra del 1864 y su actualización del 1906. No obstante, la neutralidad de la ARC se vio minada en el momento en que fue convertida en la agencia oficial de una de las naciones beligerantes. Los dirigentes del *War Council* de la ARC que Wilson nombró en mayo del 1917 para guiar las operaciones de socorro en la Gran Guerra, pronto se enfocaron en ganar la guerra en favor de los Aliados, restringiendo la provisión del socorro humanitario civil a los Aliados (Juila F Irwin, 2013, p. 73).²²⁸

El banquero y filántropo neoyorquino Henry P. Davison (1869-1922), quién va a constituirse como uno de los personajes principales de este análisis, fue a quién Wilson decidió nombrar en 1917 presidente del *War Council* de la ARC. Bajo su mandato, la ARC, que al empezar la gran guerra era una asociación entre otras, con unos cientos de miles de miembros y modestos recursos económicos, transmutó en una asociación con una treintena de millones de miembros y vastos recursos financieros, que provenían fundamentalmente de la *Fundación Rockefeller*, la cual empezó donando 5 millones de dólares en 1917 y otros tres millones al año siguiente (Juila F Irwin, 2013, p. 73).

Ante el inminente acuerdo de paz, Davison se lanzó a la carrera de reformar la acción de *todas* las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, en base a una serie de transformaciones que venían teniendo lugar en el seno del proyecto europeo de socorro civil de la ARC, cuya punta de lanzamiento fue la intervención en la salud pública francesa mediante una campaña contra la tuberculosis —con la financiación de 8 millones de dólares provenientes de los directores de la *Rockefeller International Health Board*—, proyecto que también fue replicado en Italia.²²⁹ Por entonces, y a excepción de estas iniciativas estadounidenses que el mismo Davison llegó a dudar si podían ser calificadas como «socorro de guerra» (Juila F Irwin, 2013, p. 131), la actividad de las agencias nacionales de la Cruz Roja estaba fundamentalmente centrada en el

²²⁸ Esta estratagema era «formalmente» compatible con la *Convention pour l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne. Genève, 6 juillet 1906*, que guiaba la acción de las agencias de Cruz Roja, en la medida en que la obligación de socorro humanitario en ella todavía sólo se refería a «personas oficialmente vinculadas a las armadas» y no a civiles o a beligerantes que no formaran parte de las armadas. No obstante, no lo era con el principio de neutralidad e imparcialidad, pues cabe recordar que la Gran Guerra no solo produjo la muerte de al menos 10 millones de combatientes, 8 en combate y resto por malnutrición, también perecieron aproximadamente 6 millones y medio millones de civiles, mientras otros 21 millones quedaron heridos (Tucker y Roberts, 2014, párr. 51.448).

²²⁹ Véase, Klotz, W. C. (1919). The work of the American Commission for the Prevention of Tuberculosis in France: The Rockefeller Foundation. *British Journal of Tuberculosis*, 13(3), 112–118.

trabajo humanitario de socorro temporal durante los conflictos bélicos, incluyendo el apoyo a los servicios médicos militares en la asistencia de los soldados heridos y de las víctimas civiles, que debía operar desde una posición neutral a través de la acción concertada de personas voluntarias. El nuevo ímpetu que Davison proyectó asignar a las Sociedades de la Cruz Roja radicaba en imprimirles un carácter científico-técnico y expandir su rol en los tiempos de paz y de cooperación internacional a la asistencia de los servicios de salud pública nacionales en la lucha contra las enfermedades, inicialmente las de carácter venéreo, epidémico y endémico, y la mejora de la salud (Hutchinson, 1995; Juila F Irwin, 2013).

El 22 de noviembre del 1918, menos de dos semanas después de la entrada en vigor del armisticio con Alemania, Davison formuló sus planes por correspondencia a un colaborador cercano, asegurándole que, si obtenía el apoyo del presidente Wilson y de las Sociedades de la Cruz Roja Francesa, Británica, e Italiana, proyectaba:

ir a Ginebra y sugerirle a la Cruz Roja Internacional que invite inmediatamente... a delegados de las diversas organizaciones de la Cruz Roja de todo el mundo a una conferencia... [y] yo organizaría allí una verdadera Cruz Roja Internacional... hay un terreno común en la Cruz Roja que reuniría a todas las naciones, lo que llevaría a un mejor entendimiento... [y] podría haber cooperación al menos en líneas humanitarias. Por ejemplo, puedo ver una fuerza médica organizada que adoptaría formalmente un régimen para combatir la tuberculosis y que habría una lucha mundial contra la peste. También se adoptaría una fórmula reconocida para el tratamiento de otras plagas propias de ciertas localidades, como la fiebre amarilla, el tifus, etc. en masas como resultado de la guerra... muchos movimientos... podrían hacerse... que evolucionarían a partir de un encuentro e intercambio de puntos de vista... [incluyendo] La adopción de un sistema de informes relativos a las condiciones de salud, desastres, etc., que serían autorizados a través de la Cruz Roja Internacional. [...] si se va a hacer algo en este sentido, hay que hacerlo de inmediato, porque las mentes ya están más o menos a dispuestas y flexibles [*groping and pliable*], mientras que dentro de unos meses se enfriarán y será difícil. Por supuesto, al principio, las organizaciones de la Cruz Roja de los Poderes Centrales no serían invitadas, pero tan pronto como se declare la paz deberían ser invitadas (citado en, Hutchinson, 1995, p. 19).

Fue la percepción de que la visión norteamericana de Davison resultaba intrusiva con respecto a los asuntos de Estado, la que acabó dando lugar al inciso *f* del artículo 23 en el que arraigó el nacimiento de la OHSN (Hunter Miller, 1928). Davison, obtuvo la aprobación de Wilson, quién le propuso «vincular la Cruz Roja de alguna manera adecuada con la Sociedad de Naciones» (citado en, Hutchinson, 1995, pp. 23-24) y su entusiasta proyecto acabó por quedar inscrito en el artículo 25 del Pacto, que significativamente contiene su única mención a la «salud». En su forma final el artículo 25 estableció lo siguiente:

Los miembros de la sociedad se comprometen a fomentar y favorecer el establecimiento y la cooperación de organizaciones voluntarias nacionales de la Cruz Roja, debidamente autorizadas, que tengan por objeto el mejoramiento de la salud [*health* o *santé* en los

originales inglés y francés], la defensa preventiva contra las enfermedades y el alivio de los sufrimientos del mundo.²³⁰

El 31 de marzo del 1919 las primeras versiones de este artículo fueron introducidas en el *Drafting Committee* de la Sociedad de Naciones, durante el proceso de enmiendas al Pacto, y mediante una carta de Davison. Para entonces Davison ya se había erguido como presidente de un nuevo organismo, en clara competencia con el *Comité International de la Croix-Rouge*, que tenía por objeto hacer presión para materializar sus planes reformistas: el *Committee of Red Cross Societies* (CRCS: Comité de las Sociedades de la Cruz Roja). El nuevo Comité de Davison, había sido fundado el 1 de febrero con representantes oficiales de las cinco grandes potencias Aliadas: EEUU, Gran Bretaña, Francia, Italia y Japón. Su misión era la de preparar y presentar «a las Sociedades de la Cruz Roja de todo el mundo un programa de acción ampliado en el interés general de la humanidad» (citado en, Hutchinson, 1995, p. 20).

Colonel House (1858 -1938), quién ejercía de mano derecha de Wilson (Neu, 2014), recibió y compartió con Hunter la carta que hizo entrar el artículo de la Cruz Roja en las negociaciones del Pacto. En ella Davison, en calidad de presidente del CRCS, aseguraba que la propuesta «cuenta con la cordial aprobación de algunos de los principales especialistas del mundo» y solicitaba que alguna de las dos versiones que se presentaban del artículo, redactadas por el estadounidense Mr. Rublee, fueran «incorporadas al Pacto». Estas decían así (énfasis míos):

I. Siendo la conservación de la salud pública en todo el mundo de interés vital para todas las naciones y esencial para el pleno disfrute de las bendiciones de la paz, el principio de la cooperación internacional a través de la acción de las organizaciones nacionales de la Cruz Roja, con el fin de asegurar mejores condiciones de salud queda aprobado y las altas partes contratantes convienen en fomentar y promover el establecimiento de dicha cooperación.

II. Las altas partes contratantes declaran por la presente que el mejoramiento de la salud y el bienestar físico de la humanidad es un asunto de interés general entre todas las naciones y esencial para el pleno disfrute de las bendiciones de la paz, y cada una de las partes contratantes se compromete a que, además de gubernamentales y otras agencias apropiadas para trabajar en este campo en los respectivos países sancionará y fomentará como una organización voluntaria el establecimiento y la puesta en marcha de una organización Nacional de la Cruz Roja con el derecho exclusivo al uso del signo de la cruz roja y con autoridad de llevar a cabo el trabajo voluntario que sea apropiado y dentro de los límites de sus recursos para mejorar la salud pública y para la restricción y prevención de enfermedades, y mitigar el sufrimiento causado por ellas, así como por hambrunas, incendios, inundaciones y calamidades similares; además, las organizaciones de la Cruz

²³⁰ Traducción del Instituto Iberoamericano de Derecho Comparado (1920) modificada. Ésta optó por el término «salubridad» y no por el de *salud*. No obstante, en mi opinión no hay duda de que las versiones originales francesa e inglesa apelaban a la salud, pues emplearon los términos *santé y health*, —siendo que además, en francés, «salubridad» tiene su correspondencia en *salubrité*. (*Treaty of Peace with Germany, signed at Versailles, June 28, 1919 (66th Congress, 1st Session, United States Senate, July 10, 1919)*, 1919).

Roja Nacional estarán autorizadas a combinarse entre sí en una Liga Internacional de la Cruz Roja (International Red Cross League) para trabajar juntas con el propósito de poner al alcance de toda la humanidad los conocimientos y la ayuda y las ventajas que el progreso de la ciencia y la educación y los recursos materiales de cada país puedan contribuir en beneficio de todos. Las altas partes contratantes declaran además que las actividades y los intereses de la Liga Internacional de la Cruz Roja deben ser totalmente apolíticos y no gubernamentales, pero acuerdan facilitar, en la medida que sea apropiado, el trabajo emprendido por la Liga Internacional de la Cruz Roja con los fines arriba expuestos.²³¹

De estas dos propuestas que partían del *mandato de cooperación* y enfatizaban como interés vital para las Naciones el mejoramiento de la salud —sin especificar por qué—, constituyendo a la mejora de la *salud física* como una cualidad esencial para el *disfrute* de la paz, surgieron otras propuestas más sintéticas, de las cuales una fue aceptada por el *Drafting Committee* como un artículo separado en los siguientes términos:

Los Miembros de la Liga acuerdan fomentar y promover el establecimiento y la cooperación de organizaciones nacionales voluntarias de la Cruz Roja debidamente autorizadas que tengan como finalidad mejorar la salud pública, la prevención de enfermedades y la mitigación del sufrimiento en todo el mundo.²³²

Todavía no había hecho acto de presencia el inciso 23(f) en el que ancló su constitución la OHSN. Lo hizo en vinculación a las discusiones que suscitó entre británicos y americanos el artículo de la Cruz Roja. Según Miller, para cuando la versión anterior fue aprobada por el *Drafting Committee*, sucedió que:

Los funcionarios de la Cruz Roja habían presentado sus propuestas originales, largas e imposibles, a los británicos en algún momento antes del 26 de marzo y el Ministerio de Salud británico estaba bastante preocupado de que a las organizaciones voluntarias como la Cruz Roja se les permitiera asumir la responsabilidad nacional en asuntos de salud. [...] Pensaron que el artículo iba demasiado lejos y que podría afirmarse que sacaba los asuntos gubernamentales del control de los gobiernos.²³³

En consecuencia, los delegados británicos ofrecieron otra versión del artículo de la Cruz Roja²³⁴ que fue objetada por Hunter, quien simpatizaba con la no intromisión de las agencias voluntarias en las cuestiones de Estado y encontró que su propuesta «iba más lejos que la enmienda de la Cruz Roja [...] en la dirección a la que se opusieron los británicos, a saber, el control no gubernamental de los asuntos de salud pública». La

²³¹ Citado en, Hunter Miller (1928, pp. 400-401).

²³² Citad en, Hunter Miller (1928, p. 407).

²³³ Ibidem.

²³⁴ Esta decía: «Los Miembros de la Liga acuerdan tomar medidas para el mejoramiento de la salud de sus pueblos, la prevención de enfermedades y la mitigación del sufrimiento en todo el mundo, y promover con estos fines la acción conjunta en asuntos de interés internacional entre los diversos gobiernos nacionales. Con este fin, también alentarán y promoverán el establecimiento y la cooperación de organizaciones nacionales de la Cruz Roja y otras organizaciones debidamente autorizadas para los fines antes mencionados» (Hunter Miller, 1928, p. 408).

solución de contingencia que propuso Hunter fue que «en lugar de la nueva redacción británica, se eliminara la palabra “pública” del texto del artículo de la Cruz Roja, lo cual fue aceptado» (Hunter Miller, 1928, p. 408). Tras lo anterior, en la misma línea preventiva y de conservación de la soberanía nacional, los delegados británicos solicitaron agregar un último inciso al que por entonces era el artículo 22, y que finalmente transmutó en el artículo 23. Este decía, que los miembros de la sociedad «(f) se esforzarán por tomar medidas en asuntos de interés internacional para la prevención y el control de enfermedades» (Hunter Miller, 1928, p. 408). Así es como se inscribió el inciso (f) del artículo 23 en el que anclará, a su debido tiempo, la constitución de la OSHN. Los integrantes del *Comité International de la Croix-Rouge* que estaban centrados en preservar el legado de Dunant, el principio de neutralidad y su propia supervivencia, respondieron con recelo a las iniciativas de Davison, y con el tiempo hicieron todo lo posible por obstruir su proyecto reformista hasta hacerlo fracasar. Jhon Hutchinson (1995p. 21) ha abordado con profundidad la lucha de poder que acontecía entre los líderes del CICR y Davison, resumiendo la percepción de los primeros sobre el segundo del siguiente modo:

¿Qué les dio a los estadounidenses el derecho de asumir que era su deber reorganizar el trabajo de las sociedades de la Cruz Roja en todo el mundo? El CICR sabía que no debía considerar al Comité de Sociedades de la Cruz Roja como algo más que una operación estadounidense disfrazada: Davison era su corazón y alma, además de su banquero. [...] Los miembros del CICR deseaban dejar en claro que no eran una creación temporal en tiempos de guerra, inventados solo para que los beligerantes pudieran comunicarse entre sí a través de un intermediario neutral; más bien eran los fideicomisarios del movimiento de la Cruz Roja, los herederos directos de sus fundadores, quienes colectivamente habían acumulado casi sesenta años de actividad y experiencia en su nombre. No iban a ser arrojados al ‘cubo de basura de la historia’ simplemente porque algunos estadounidenses influyentes habían descubierto recientemente la utilidad de las organizaciones de la Cruz Roja.

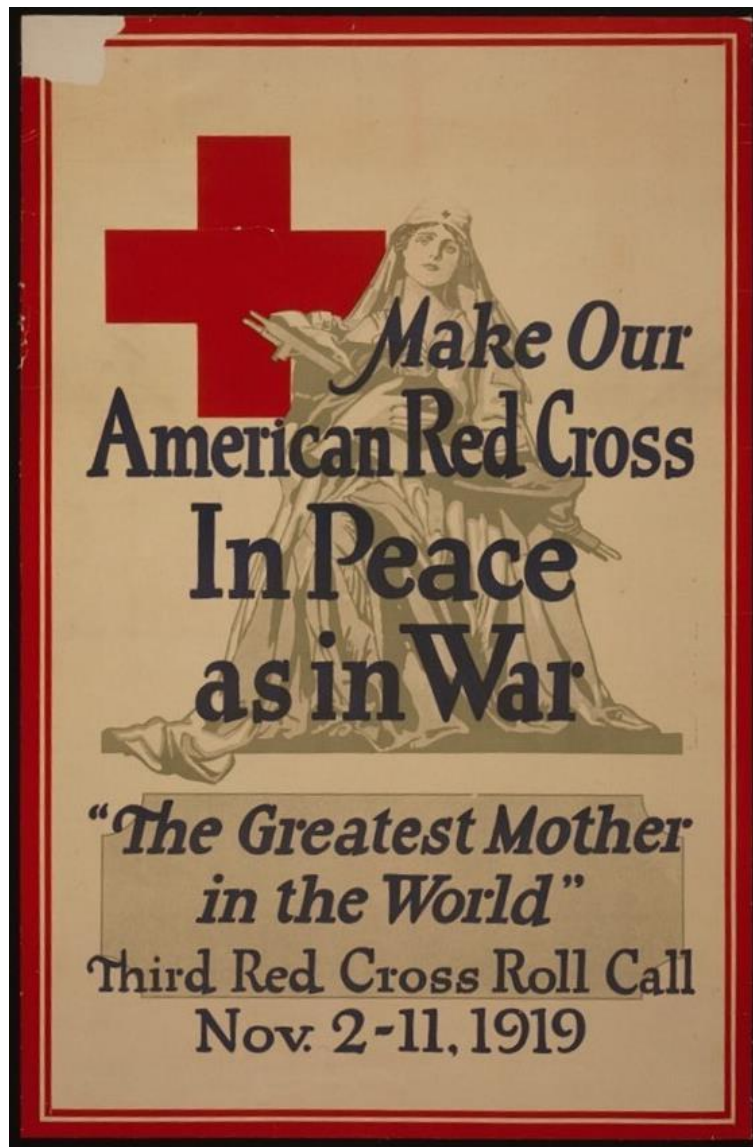


Ilustración 14. *Make our American Red Cross in Pace as in War:*
"The greatest Mother in the World"

«Haz Nuestra *American Red Cross* lo Mismo en la Paz como en la Guerra:
 "La Madre más Grande del Mundo"»

Esta reimpresión posterior al Armisticio de la Madonna de Foringer promocionó la Tercera llamada de la ARC en noviembre del 1919. Como ha mostrado Ciotola (2017) La Cruz Roja Estadounidense explotó esta imagen de maternidad para reclutar a mujeres. Los diez millones de copias de una versión del cartel «La madre más grande del mundo», ayudaron a recaudar más de ciento cincuenta millones de dólares en la primavera y el verano de 1918. Doce millones de copias más pequeñas de la imagen de Foringer aparecieron en veinte publicaciones femeninas, y otros doce millones en veintiséis semanarios nacionales. Como parte de los esfuerzos de recaudación de fondos de la Cruz Roja británica la madre más grande del mundo llegó a cubrir la fachada del Royal Exchange, en el centro de Londres. Ilustración de domino público, *Collection of the Library of Congress*.

Un proyecto mundial de salud pública a las puertas de la Gran Guerra: la Conferencia Médica de Cannes

Mientras en París tenía lugar la Conferencia de Paz, en Cannes se celebraba otra importante Conferencia, en este caso de carácter médico, que congregaba a una élite de expertos en salud pública, epidemiología, salubridad e higiene, vinculados a las Cinco Grandes Potencias Aliadas, algunos de ellos eran de los más reputados del mundo. También participaron mujeres en una pequeña sección separada dedicada a la enfermería. La *Medical Conference Held at the Invitation of the Committee of Red Cross Societies*,²³⁵ que tuvo lugar entre el 1 y el 11 de abril del 1919, había sido convocada por el nuevo Comité de Sociedades de la Cruz Roja y financiada con 2.5 millones de dólares aportados por el *War Council* de la ARC, ambos organismos dirigidos por Davison (Hutchinson, 1995).

La más importante ambición que el presidente Wilson y Davison habían imaginado realizar en la Conferencia de Cannes, esto es, modificar la Convención de Ginebra del 1905 a la medida de sus planes de paz para la Cruz Roja —y, con ello, el derecho humanitario internacional vigente— se había visto truncada tempranamente. La ilusión se había esfumado tras la reunión que Davison y compañía mantuvieron con el *Comité International de la Croix-Rouge* el 12 de febrero del 1919, en la que éste se negó a patrocinar y acatar los resultados de la futura Conferencia de Cannes y clarificó que resultaría imposible modificar la Convención de Ginebra sin la asistencia de todos los estados firmantes. Todas las entusiastas propuestas de Davison fueron rechazadas en virtud de los valores de neutralidad, imparcialidad y universalidad de la Cruz Roja, que el CICR declaraba custodiar:

Davison deseaba que el CICR convocara inmediatamente una conferencia internacional, sin incluir a las sociedades nacionales de las Potencias Centrales; [...] el CICR se negó, alegando que el universalismo de la Cruz Roja excluía la idea misma de exclusión, temporal o de otro tipo. Davison manifestó la intención de su Comité de presentar sus propuestas a una conferencia de expertos que tenían previsto celebrar en Cannes lo antes posible; el CICR respondió que, si bien las cinco sociedades asociadas podían buscar el asesoramiento de expertos que eligieran, les correspondería a ellos persuadir a otras sociedades nacionales para que apoyaran las propuestas de Cannes en la [próxima] conferencia internacional. Como gesto de buena voluntad después de todas sus negativas, el CICR acordó que tomaría medidas para convocar una conferencia internacional completa de la Cruz Roja dentro de los treinta días posteriores a la firma del tratado de paz (Hutchinson, 1995, pp. 221–222).

²³⁵ LRCS. (1919). *Proceedings of the Medical Conference Held at the Invitation of the Committee of Red Cross Societies, Cannes, France, April 1 to 11, 1919*. The League of Red Cross Societies.

Ello no impidió, sin embargo, que la Conferencia de Cannes fuera sumamente fructífera. En perspectiva esta Conferencia puede ser vista como la punta de lanzamiento de un proyecto mundial de salud pública, dominado por una élite de expertos y filántropos que acabó por desplegarse en el periodo de entreguerras, aunque no de la mano de la Cruz Roja y de sus cuerpos voluntarios.

La filantropía de *Rockefeller* y el enfoque americano, que iban tan de la mano, fueron los máximos protagonistas de la Conferencia de Cannes: no solo porque la planificaron y financiaron, sino porque también representaban la delegación más numerosa y poderosa. De los delegados hombres que asistieron, que eran quienes tomaban las decisiones, diez representaron a Gran Bretaña, once a Francia, doce a Italia, dos a Japón y diecinueve a EEUU, siendo cuatro de ellos altos cargos de la *Rockefeller Foundation*: Hermann Michael Biggs (1859-1923), que además de Comisionado de Salud del Estado de Nueva York y Profesor de Medicina de la Universidad de Nueva York era Miembro de la Junta de Directores Científicos del Instituto Rockefeller de Investigación Médica, y Miembro del Consejo Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller; Luther Emmett Holt (1855-1924), Profesor de Enfermedades Infantiles en la Universidad de Columbia, Médico en Jefe del Hospital de Bebés y Miembro de la Junta de Directores Científicos del Instituto Rockefeller de Investigación Médica; Wickliffe Rose (1862-1931), por entonces el primer Director General de la Junta Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller; y William Henry Welch, cofundador del NCMH, Director de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, y Presidente de la Junta de Directores Científicos del Instituto Rockefeller de Investigación Médica (LRCS, 1919, pp. 5-10).

Éste último, Welch, fue quien dirigió el Comité Ejecutivo de la Conferencia, el cual asignó a los delegados y delegadas a siete secciones temáticas que manifiestan los focos de intervención que fueron priorizados por los expertos como punto de partida: 1) Enfermedades venéreas; 2) Bienestar infantil; 3) Tuberculosis; 4) Malaria; 5) Enfermería; 6) Medicina preventiva, y; 7) Publicaciones, educación y estadísticas. Interesantemente este esquema es un anuncio bastante bien aproximado de los ámbitos de acción que acabó por desplegar la —todavía inexistente— OHSN (Borowy, 2009).

Como era de esperar, los conferenciantes llegaron a la conclusión prevista: «era una evolución natural y muy deseable para la Cruz Roja extender sus funciones de socorro durante la guerra a la de promover la salud pública durante la paz» (LRCS, 1919, p. 2). Para materializar esta ambiciosa empresa universal la Conferencia recomendó establecer un *Bureau of Health* (Oficina de Salud) «en vinculación con una Asociación o Liga de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja» que debía ser igualmente creada. Para

estos dos organismos, los memorandos e informes aprobados por los conferenciantes servirían de «base preliminar» (LRCS, 1919, p. 13). La relación con los Gobiernos de esta Oficina de Salud debía ser de ayuda y apoyo en su labor de salud pública. No obstante, la Oficina era al tiempo concebida como el centro de planificación experta y tecnocrática mundial de la acción concertada de las agencias de la Cruz Roja en la tarea de combatir las enfermedades y mejorar la salud de las poblaciones, como lo «es el cerebro del hombre para su función [...] la agencia coordinadora, estimuladora y directora que contribuirá a la eficiencia de todos» (LRCS, 1919, p. 61). En la discusión sobre la Oficina de Salud Mundial, Davison se dirigía así a los eminentes expertos que habrían de planificar las acciones a desarrollar:

Señores, no podemos fallar; ya lo hemos logrado, pero es una cuestión de grado de éxito. Ahora bien, si conseguimos su apoyo, si nos dejan en claro lo que creen que es posible hacer, transmitiremos su mensaje a la gente, y creo que llegará el momento en que esta oficina tendrá el mejor laboratorio, o el mejor museo, uno que no entrará en conflicto con el Departamento de Salud Británico o el Departamento de Salud Estadounidense, en otras palabras, será la Meca a dónde éstos irán. Es apolítico; no conoce secta, ni credo, ni raza. Es para todos, de todos, y si lo tratamos de esa manera, y llegamos al punto de lo que mejor podemos ofrecer, entonces nuestra organización lo aceptará y lo llevará a cabo lo mejor que pueda. Esto es lo más indefinido. Todavía no sabemos cómo podemos organizarnos. Está la Sociedad de las Naciones, por un lado, está esa gran situación en el lejano oriente por el otro; luego la cuestión de lo internacional y su neutralidad. Sin embargo, sabemos que el público quiere esto, y sé, como también me dijo el propio Dr. Roux que, si no lo hiciéramos nosotros, alguien más lo haría. El mundo lo exige, y lo que vamos a hacer es justamente cristalizar esa demanda. Lo sentimos tal como el presidente Wilson dijo que sintió la demanda de la Sociedad de Naciones. [...] Están trabajando de la manera que queremos que trabajen, nos están dando los ideales, el aliento y el apoyo que necesitamos. Sin ustedes no podríamos hacer nada [...] Tenemos la concepción, y con su ayuda llevaremos el mensaje a la gente (LRCS, 1919, p. 48).

La percepción de que el cambio de rol jugado por la Cruz Roja era una «evolución natural deseable» se sostenía en una matriz de pensamiento basada en la instrumentalidad y la eficiencia. Lo que tenían en común los conferenciantes era pensar que los recursos humanos voluntarios desplegados por las agencias de la Cruz Roja durante la guerra no podían ser «desperdiciados», y debían continuar siendo movilizados para otras causas, particularmente aquéllas que determinasen colectivamente los eminentes expertos en salud pública.

La magnitud de la Obra de Socorro realizada durante la Guerra por la Cruz Roja y la participación personal en sus actividades de multitudes de personas en muchos países, así como la devoción a ella y la apreciación de su utilidad por un número enorme de personas que han experimentado sus beneficios, han demostrado que es una agencia para el bien de una fuerza y un poder incomparables. La Conferencia, por lo tanto, aprueba de todo corazón el propósito del Comité de Sociedades de la Cruz Roja de ampliar en gran medida las actividades de la Cruz Roja en tiempos de paz, para la prevención de enfermedades y el mejoramiento de la salud y el bienestar general de las personas en todos los países. La prosperidad y la felicidad de todas las naciones del

mundo pueden ser impulsadas en gran medida por los descubrimientos científicos, como el poder del hombre para promover la salud y prevenir la enfermedad, un poder que tiene que hacer que este nuevo campo de actividad tenga un incalculable significado racial, tanto en el plano social como económico. La utilidad potencial de la Cruz Roja en este campo es ilimitada, y el programa propuesto es realmente el desarrollo lógico de sus actividades anteriores en la extensión del socorro temporal en tiempos de guerra o desastre (LRCS, 1919, p. 2).²³⁶

La movilización de los cuerpos voluntarios durante la guerra había mostrado, en palabras de Arthur Newsholme (1857-1943), «que nuestros hombres y mujeres están dispuestos a entregar sus vidas, e incluso hacer el último sacrificio en interés del patriotismo, por el bien contra el mal y por la civilización contra la barbarie». ¿Cómo desperdiciar tal cantidad de trabajo gratuito en tiempos de paz? No obstante, la afirmación anterior esconde el consenso entre los conferenciantes hombres, del particular e incalculable valor instrumental de las mujeres, en su lucha contra todo tipo de males y enfermedades y en el proyecto de producción de ciudadanos físicamente sanos y moralmente entrenados. En este sentido, quizá el ejemplo más claro es el que dio el Dr. francés Albert Calmette (1863-1933), presidente de la Sección de Tuberculosis:

Las mujeres que han tenido un papel tan importante en el trabajo contra la tuberculosis, y lo harán en el futuro, merecen mucho crédito. Uno de los poetas franceses ha dicho: 'Dios ha puesto en los corazones de las mujeres el espíritu de devoción', y utilizaremos en toda su extensión esta devoción de las mujeres para alcanzar nuestra meta en la prevención y cura de la tuberculosis (LRCS, 1919, p. 108).

²³⁶ El papel que los conferenciantes otorgaron al término «raza» es ambiguo. Por un lado, parece emplearse como sinónimo de «especie», y por el otro se emplea para afirmar una posición internacionalista, a sabiendas de que el proyecto de cooperación mundial que se pretendía desplegar no podía defenderse sin afirmar, mucho antes que la OMS y en palabras del estadounidense Herman Biggs: que el objetivo de la Cruz Roja consistente en «la mejora de la salud y el bienestar general de los pueblos del mundo» debía seguirse «sin distinción de raza, nacionalidad, color o creencia religiosa, dirigiendo sus actividades en primer lugar a aquellos pueblos y en aquellas áreas donde la necesidad es más urgente, donde las oportunidades son mayores y las posibilidades de obtener grandes beneficios más prometedoras, y que han sufrido más gravemente los estragos de la guerra» (LRCS, 1919, pp. 42-43).



Ilustración 15. *If I fail he dies. Work for the Red Cross*
«Si yo fallo, él muere. Trabaja para la Cruz Roja»

Cartel de reclutamiento de la *American Red Cross*, publicado en 1918. Muestra a una enfermera en un campo de batalla con un soldado herido apelando a otra enfermera sentada en un escritorio; al fondo, los soldados cargan hacia la batalla. Ilustración de dominio público, *Library of Congress*.



Ilustración 16. *Italiani. Aiutate la Croce Rossa nell'assistenza ai tubercolosi*
«Italiano/as. Ayudad a la Cruz Roja con la asistencia a los tuberculosos»

Póster publicado en 1920 y elaborado por el italiano Basilio Cascella (1860-1950). Con un puñal en mano, la Cruz Roja, encarnada en una mujer vestida de enfermera, ataca el cráneo de un monstruo reptiliano que cubre el globo terráqueo, metáfora de la tuberculosis. Imagen de dominio público. *The William H. Helfand Collection, 1988*.



Ilustración 17. *Aidez-nous à soigner nos blessés*
«Ayúdenos a cuidar de nuestros heridos»

Ilustración creada por Jonas Lucien Hector en 1916 para l'Association des Dames Françaises y distribuida por la Croix Rouge Française, que por entonces contaba con otras dos organizaciones reconocidas, además de la anterior, La Société de Secours aux Blessés Militaires y la Union des Femmes de France. El texto indica: «Ayúdenos a cuidar de nuestros heridos, Compre sellos con la efigie de nuestros Generales. Un talonario de 20 sellos: 1Fr. A la venta: en la Sede Social: 12, Rue Gaillon, París. En los Comités de las provincias. En los estancos». Significativamente esta es una de las pocas imágenes de la Cruz Roja donde las mujeres no son las protagonistas visibles. No obstante, la interpelación sigue siendo la misma, los propios combatientes tienen que atender a los heridos a falta de mujeres. Imagen de dominio público, République Française, Portail National des Archives, Archives Départementales des Hauts-de-Seine.

RED CROSS OR IRON CROSS?



**WOUNDED AND A PRISONER
OUR SOLDIER CRIES FOR WATER.**

**THE GERMAN "SISTER"
POURS IT ON THE GROUND BEFORE HIS EYES.**

**THERE IS NO WOMAN IN BRITAIN
WHO WOULD DO IT.**

**THERE IS NO WOMAN IN BRITAIN
WHO WILL FORGET IT.**

THE DANGERFIELD PRINTING CO. LTD. LONDON.

Ilustración 18. *Red Cross or Iron Cross?*
«¿Cruz Roja o Cruz de Hierro?»

Póster de la British Red Cross Society, publicado por *Dangerfield Printing* durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) y probablemente creado por David Wilson (1872-1935) o David Wilson (1895-1916). Es un buen ejemplo de la ruptura de la neutralidad de las Agencias de la Cruz Roja durante la Gran Guerra. En él se lee, «¿Cruz Roja o Cruz de Hierro? Herido y prisionero, nuestro soldado clama por agua. La "hermana" alemana la vierte en el suelo ante sus ojos. No hay mujer en Gran Bretaña que lo haga. No hay mujer en Gran Bretaña que lo olvide.». Imagen de dominio público, *University of British Columbia. Library. Rare Books and Special Collections. World War I Poster and Broadside Collection.*

La *Nursing Section*, que abogaba principalmente por el reconocimiento y profesionalización de las enfermeras en el campo de la salud pública a través de la estandarización internacional de la formación, estaba de acuerdo con el papel que estos hombres otorgaban a las mujeres. La siguiente afirmación de Julia C. Stimson (1881-1948), presidenta del *Army Nurse Corps* estadounidense y de la pequeña Sección de Enfermería, la cual finalmente operó integrando a tres delegados hombres –entre ellos Welch– por ausencia de delegadas mujeres, da cuenta del ánimo general con el que la minoría de mujeres enfermeras se posicionaron en la Conferencia:

Se ha puesto justamente el énfasis en la función; por encima de todo, en las organizaciones voluntarias que trabajan en salud pública, un personal capacitado es de la mayor importancia. Los estándares de enfermería difieren mucho en los diferentes países representados en la Conferencia. La Sección de Enfermería agradecería una Oficina [de Salud] Central que pudiera ayudar a estandarizar los requisitos para la enfermería de salud pública. El programa general que se ha discutido cuenta con la más cordial aprobación de las enfermeras presentes (LRCS, 1919, p. 80).

Los ámbitos de intervención para las mujeres y las enfermeras, además de la prevención de la tuberculosis y otras enfermedades, eran el bienestar infantil, la prevención de la ceguera, la atención prenatal, la vivienda y el servicio social; esto es, las prácticas de asistencia y educación cotidianas centradas en la constitución de hábitos higiénicos, la reproducción y la crianza. Entre las tareas proyectadas para las enfermeras por la sección de hombres del *Child Welfare* (Bienestar Infantil) destaca, en vinculación transversal con todos sus campos de intervención, las «campanas de propaganda eugenésica», a las que diferentes eminentes expertos apelaron, desde diversas preocupaciones y acentos, para solucionar problemas que convergían en la calidad de la producción del material humano.

El profesor, obstetra y político francés Adolphe Pinard (1844-1934) fue el primero en instar «a una amplia propaganda educativa en la eugenesia» (LRCS, 1919, p. 98). Lo hizo desde una preocupación muy específica –las condiciones del proletariado femenino en situación de embarazo– que entronca con el tropo de la justicia social y es un buen reflejo de la particularidad de la *médecine sociale* francesa de la época, la cual residía en enfatizar los factores políticos y sociales desde una racionalidad eugenésica orientada a mejorar la aptitud y la salud a partir de un programa positivo centrado en el bienestar, la mejora de las condiciones de vida de las clases desposeídas, las campanas de vacunación y las medidas de vigilancia y prevención de las enfermedades (Cussó, 2015; Rotramel, 2010; Zylberman, 1994). Para Pinard la propaganda eugenésica consistía ante todo en:

Debería dars una mayor protección a las mujeres embarazadas. Protesto contra la autorización del trabajo duro de estas mujeres en las industrias. El descanso de cuatro semanas antes y cuatro semanas después del parto no es suficiente; debería haber una abstención de todo trabajo duro durante todo el período del embarazo y el cumplimiento de esto por ley (LRCS, 1919, p. 98).

El británico Arthur Newsholme (1857-1943), consideraba que la propaganda eugenésica era una buena medida en la lucha contra las enfermedades venéreas, la tuberculosis y el alcoholismo —el cual era un gran factor de ineficiencia social—, así como para «asegurar el mejor desarrollo físico de los infantes». Por su parte, El Dr. Ramsay de la delegación estadounidense, cuya identidad no queda clara en los *proceedings*, asignaba otros planes más radicales y civilizatorios a la campaña eugenésica. Para él, «la eugenesia era una parte importante del programa a emprender en los países atrasados e instó a que se alentara la aprobación de leyes rígidas para controlar las enfermedades venéreas y prevenir el matrimonio de defectuosos» (LRCS, 1919, p. 100).

La importancia de estas declaraciones no es menor. El primero de los seis ejes de intervención mediante los cuales la sección de Bienestar Infantil organizó el trabajo de salud pública que a su parecer debía desarrollarse en el mundo entero, fueron las «consideraciones eugenésicas». Dichos ejes estaban estructurados en base a una sucesión de periodos del desarrollo infantil, que resulta muy elocuente para nuestro análisis. La organización del trabajo de salud pública en la infancia mundial trazó un flujo de producción y desarrollo de lo humano que, tomando como punto de partida las «consideraciones eugenésicas» de los futuros progenitores previas al nacimiento del infante, culminaba con la entrada del ya joven sujeto en el «periodo industrial», sin considerar ningún otro «destino» posible.²³⁷ Así, en este programa de desarrollo humano, el bienestar infantil, la salud, la moral, la felicidad, la familia patriarcal, la

²³⁷ Los seis ejes pueden ser sintetizados del siguiente modo: 1) «consideraciones eugenésicas» relativas a los progenitores potenciales; 2) el «periodo prenatal» centrado en «la supervisión y educación de la futura madre por parte de una enfermera de salud pública bien capacitada, un visitador de salud o una partera desde un período temprano de su embarazo, con la ayuda, cuando sea posible, del asesoramiento y la asistencia de un médico»; 3) el «cuidado obstétrico» durante el parto, en gran parte campo de acción de enfermeras y parteras; 4) el periodo que va «del nacimiento al ingreso escolar», donde lo primordial es la nutrición infantil, y que tanto el infante como la madre sean mantenidos «en continua observación y supervisión» especializada; 5) el «periodo escolar» (de los seis a los 14 años) orientado a «asegurar el crecimiento normal y el desarrollo físico y moral, reconocer y corregir los defectos que interfieren con éstos, y reducir al mínimo los riesgos de enfermedades contagiosas» y, finalmente; 6) el «periodo industrial» (de los 14 a los 16 años), dónde se llama a un examen médico obligatorio que certifique que el joven ser humano está capacitado para desarrollar el trabajo en cuestión, así como a exámenes médicos periódicos hasta los 18 años desinados a verificar que el trabajo desarrollado no interfiere con su «su crecimiento y desarrollo físico normal» (LRCS, 1919, pp. 102-105).

justicia social, la nutrición, la educación escolar, la propaganda eugenésica y la salubridad, entre otras, se daban la mano.

El interés «vital» que las naciones del mundo tenían en la salud pública, y que los conferenciantes no olvidaban resaltar sin explicitarlo en demasía y prefiriendo apelar al bienestar y la felicidad, radicaba en producir una fuerza de trabajo —industrial— sana y eficiente. Los conferenciantes estaban convencidos de que «el progreso general de una nación depende principalmente de que su gente esté saludable, debidamente alimentada y educada» (LRCS, 1919, p. 156). Todos estos tropos —la salud, la alimentación y la educación— eran comprendidos como *medios* para un fin. Así, por ejemplo, el valor instrumental de erradicar el analfabetismo en el mundo, como lo mostraba «el avance en este sentido con la población de color en los estados del sur de los Estados Unidos», radicaba en ser una «tarea necesaria para despertar la receptividad de las masas a la propaganda sanitaria» (LRCS, 1919, p. 156).²³⁸ Lo mismo se puede decir del valor de erradicar el alcoholismo que era considerado como «el factor predisponente más conspicuo a la tuberculosis» y que como mostraba «la actitud actual en América e Inglaterra y el sentimiento actual en Francia», es indispensable para «aumentar la eficiencia y disminuir la miseria y la pobreza en general», puesto que «el hombre cuyo cerebro está nublado por el alcohol no está disponible para ningún tipo de trabajo» (LRCS, 1919, p. 119).

(1919, pp. 162-164)

No obstante, para nuestro análisis también resulta relevante enfatizar aquello que este proyecto de salud pública ideado en las ruinas de la Gran Guerra dejaba en el tintero: el espectro de lo mental, que estaba siendo avanzado por un *movimiento de higiene mental* todavía en incipiente proceso de internacionalización. Lo mental, no hizo acto de aparición en las recomendaciones de los conferenciantes, que estaban centradas en la producción de la salud física y la educación sanitaria y moral preventiva. Ello tiene que ver con el énfasis de los conferenciantes en la *protección* o la *mejora* de la salud, y no en la *promoción*, que como vimos, era el aspecto nuclear de la conceptualización de Meyer sobre la salud mental. Cabe recordar que el Instituto de psiquiatría que Meyer dirigía por entonces estaba afincado en la Escuela de Medicina de la *Johns Hopkins University*, a su vez dirigida por Welch, uno de los más eminentes participantes de la Conferencia de Cannes. De hecho, el concepto de «promoción de la salud» fue empleado

²³⁸ La *Rockefeller Foundation*, junto con la *Russell Sage Foundation* y la *American Red Cross* fueron financiadoras de las escuelas de trabajo social que segregaban racialmente, sobre todo en el sur de EEUU. Véase Jhon. A. Kayser (2005).

—aunque no definido— en repetidas ocasiones por Welch, a su vez cofundador del *National Committee for Mental Hygiene*, quién apelaba habitualmente a «la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud». Era de esperar que fuera también Welch quién señalase que:

esta Conferencia no cubre ni tuvo la intención de cubrir todos los campos posibles de la actividad pública, sino solo un número limitado sobre el cual se podría comenzar, porque de lo contrario, de inmediato, podría surgir la pregunta: “¿Por qué no ha considerado el tema de la higiene mental o de la higiene industrial, los alimentos y la nutrición, etc.? Respondemos a esto al afirmar: ‘Otros campos importantes de la salud pública además de los que han sido presentados y considerados en la presente Conferencia están reservados para consideración hasta que se haya establecido la Oficina de Salud’ (LRCS, 1919, pp. 160-161).

La insistencia de Welch en este punto llevó a incrustar en las recomendaciones y resoluciones generales de la Conferencia una nota que indicaba que reservaban ciertos ámbitos de intervención sanitaria para su consideración una vez establecida la Oficina de Salud, siendo el primero de ellos la higiene mental y el segundo la higiene industrial, seguida de un mayor énfasis en la nutrición (LRCS, 1919, p. 13).

Durante la Conferencia los participantes recibieron dos importantes noticias, la primera de ellas constituía sin lugar a duda al menos un pequeño triunfo, y la segunda, una emergencia que serviría de pretexto para pasar de las palabras a la acción. El 7 de abril, un comunicado proveniente de la Conferencia de Paz «oficial pero confidencial» informaba a la Conferencia de Cannes de que «en el pacto de la Sociedad de las Naciones se había insertado el artículo 25» de la Cruz Roja (LRCS, 1919, p. 82). Justo antes de la clausura de la Conferencia, el 10 de abril, Davison leyó otra noticia, en este caso alarmante, que acabó trastocando las áreas finales de intervención priorizadas por los conferenciantes. La temible fiebre tifoidea, que ya había sido abordada por la sección de Medicina Preventiva junto a otras enfermedades epidémicas, estaba propagándose por Europa del Este y amenazaba con expandirse a los países de la Europa Occidental devastados por la guerra. Esta noticia situó la lucha contra el tifus como el primer punto de las resoluciones adoptadas por la Conferencia de Cannes. Asimismo, los conferenciantes se vieron interpelados a crear un comité *ad hoc* que operó el 11 de abril, último día de la conferencia, cuyo objetivo era preparar un telegrama para avisar de la emergencia epidémica a los Cuatro Grandes de La Conferencia de Paz de París.

Telegrama a los miembros de la Conferencia de Paz. 11 de abril de 1919²³⁹

Sr. George CLEMENCEAU, Presidente,
Hon. Woodrow WILSON,
Hon. Lloyd GEORGE,
Signor ORLANDO,
Conferencia de Paz Interaliada,
Quai d'Orsay, París.

Deseamos llamar su atención sobre la siguiente minuta que ha sido adoptada por los distinguidos científicos que ahora se encuentran reunidos en conferencia en Cannes:

La Conferencia de médicos, enfermeras y otros de Francia, Gran Bretaña, Italia, Estados Unidos y Japón, convocada por el *Comité de Sociedades de la Cruz Roja*, y compuesta por representantes de personas dedicadas a la salud pública y al bienestar de los niños, así como al control de la tuberculosis, la malaria y las enfermedades venéreas en estos países, se encuentra ahora en sesión en Cannes.

La Conferencia fue convocada para asistir en la formulación de programas de trabajo que las Sociedades Asociadas de la Cruz Roja del mundo pueden emprender sabiamente en tiempos de paz para mejorar la salud y contribuir al mejoramiento de los pueblos del mundo.

Otro desastre, que puede resultar de la mayor magnitud a menos que los Gobiernos Aliados tomen inmediatamente medidas eficientes para controlarlo, ha llamado repentinamente nuestra atención.

La información, ha llegado a la Conferencia a través de los representantes de la *Cruz Roja Americana*, de la amplia y muy rápida extensión de la fiebre tifoidea en Europa Central. La región que ahora se sabe que está directamente involucrada se extiende prácticamente desde el Báltico hasta el Mar Negro y hasta el Adriático, e incluye Polonia, Ucrania, Serbia, Rumania, Macedonia y la costa norte del Mar Negro.

A partir de nuestro conocimiento previo de esta enfermedad y de las condiciones que se sabe que existen en Rusia, Bulgaria y otras partes de Europa Central, se puede suponer con justicia que el área en la que realmente se encuentra la prevalencia es probablemente mucho más amplia, ya que los focos de la enfermedad ya han aparecido mucho más lejos, notablemente en Viena, Róterdam y Marsella.

En tres de las áreas antes mencionadas, se ha estimado que ahora existen 275.000 casos de la enfermedad. La exactitud de estas estimaciones requiere confirmación. Algunos de los países ahora afectados por esta nueva enfermedad ya han sido devastados por cuatro años de guerra y sufren condiciones de severa privación, debido al hambre, el frío y las penurias seguidas por una epidemia de influenza. A su vez, llegó la revolución, el desorden y casi la anarquía. Ahora llega la enfermedad y la pestilencia. La situación no puede verse con menos que la más grave preocupación.

Pero la historia a menudo ha demostrado cuán terribles pueden ser los estragos de esta enfermedad después de la guerra y cuando prevalecen condiciones de hambruna. Para que una gran parte de la población afectada sobreviva a este último y posiblemente mayor desastre, se les debe brindar asistencia en una escala colosal y solo los grandes gobiernos del mundo tienen los recursos para satisfacer las demandas.

El *Comité de Sociedades de la Cruz Roja* de las Naciones Aliadas es, en nuestra opinión, el organismo natural y, en la actualidad, el único disponible para llevar a cabo este trabajo si se ponen a su disposición los recursos necesarios y se le inviste de los debidos poderes. En nombre de la humanidad, debemos apelar a los representantes de los Gobiernos Aliados, ahora reunidos en París, para que consideren este tema de inmediato y pongan a disposición los recursos necesarios para llevar a cabo el trabajo.

Consideramos que la situación es tan grave que recomendamos que el *Comité de Sociedades de la Cruz Roja* envíe inmediatamente una comisión internacional de expertos para iniciar medidas para tratar un gran número de casos de tifus que ahora se

²³⁹ Citado íntegramente en lo *proceedings* de la Conferencia, véase LRCS (1919, pp. 162-164).

sabe positivamente que existen, para tomar todas las medidas posibles para restringir una mayor propagación de la amenaza, y para dirigir la disposición que se hará del personal y los suministros que puedan estar disponibles más tarde.

Todos somos de la opinión de que una pronta acción en este asunto no solo aliviaría el sufrimiento generalizado, sino que contribuiría enormemente a salvaguardar la salud y la paz del mundo.

Respetuosamente remitimos lo anterior para su consideración. Afortunadamente, el *Comité de Sociedades de la Cruz Roja* se encuentra en condiciones de emprender inmediatamente la tarea sugerida. En nuestra Conferencia participan aquí varias de las más destacadas autoridades del mundo en enfermedades infecciosas, dos de ellas, Richard P. Strong, de los EEUU, y el Dr. Castellani, de Italia, han tenido un papel destacado en la detención de la epidemia de tifus en Serbia en 1915. Para llevar a cabo la tarea propuesta en las condiciones existentes en la actualidad, por supuesto, se requeriría la asignación por parte de los ejércitos de médicos, enfermeras y otro personal necesario, junto con la provisión de alimentos especiales, y otros suministros médicos que nosotros entendemos están actualmente disponibles. Si desean que el *Comité de Sociedades de la Cruz Roja* emprenda esta tarea, poniendo bajo su control el personal y proporcionando el transporte, los suministros y los fondos necesarios para el éxito de la empresa, estamos preparados para asumir la responsabilidad con prontitud.

Comité de Sociedades de la Cruz Roja,
H. P. DAVISON, Presidente.

Guerra «humanitaria» contra la propagación del tifus y del comunismo

La *American Red Cross* tenía ya una importante trayectoria de lucha contra el tifus, una enfermedad que venía interfiriendo en la Guerra Civil Rusa, acosando y debilitando tanto al Ejército Bolchevique como a los grupos antibolcheviques liderados por el Ejército Blanco. Esta organización estadounidense «semi-gubernamental» y dirigida por Davison, estaba desplegando una intervención Aliada «humanitaria» en favor del Ejército Blanco, consistente en brindar socorro contra el tifus al ejército estadounidense, a los grupos antibolcheviques y a la población civil rusa. La Guerra Civil Rusa, había desembocado en la guerra de los ejércitos beligerantes contra los piojos que los debilitaban y mataban, los cuales eran combatidos por ambos bandos con mecanismos de desinfección e higiene. Para los Aliados, ganar la guerra contra la expansión del comunismo era también ganar la guerra contra el tifus.

El tifus, en tanto enfermedad transmitida por las heces del piojo *Pediculus humanus*, cuando el rascado de la picadura infecta la piel, siempre ha proliferado en las condiciones de miseria, hambruna y guerra, a través de los grandes desplazamientos de ejércitos y refugiados. En Rusia era una enfermedad endémica, y se propagó a través de las masas de soldados y refugiados de guerra que se desplazaban a lo largo y ancho de ese inmenso territorio por las vías férreas y a través de caravanas. Los síntomas del tifus epidémico, que comprenden erupciones, fiebre intensa, náuseas y complicaciones que

pueden causar gangrena, neumonía, insuficiencia renal, coma o insuficiencia cardíaca, daban lugar, en ésta época previa a la existencia de los antibióticos, a una tasa de mortalidad alrededor del 40% (Patterson, 1993; Raoult et al., 2004).

En este contexto, la *American Red Cross* estaba dirigiendo el dispositivo de lucha financiado por los Aliados contra el tifus que acosaba al Ejército Blanco, y por mediación, contra los Bolcheviques. Su arma más sofisticada era el *Great White Train* (Gran Tren Blanco), que a fecha de envío del telegrama anterior llevaba más de dos meses recorriendo Siberia (Irwin, 2012). Los procedimientos de desinfección de este tren medicalizado se parecían a la línea de montaje de una fábrica, trataban a cientos de personas en un día, llegando al récord de desinfectar a 990 personas en un día. En cada parada, el personal del *White Train* bañaba, cortaba pelos, desinfectaba la ropa vieja y distribuía ropa nueva y medicinas, y de ser posible enviaba a las personas enfermas a los hospitales cercanos, algunos también regentados por la ARC. No obstante, además de tratar de adiestrar a los soldados antibolcheviques y a la población civil rusa en la lucha preventiva contra el tifus y en la benevolencia de la democracia capitalista estadounidense, ofrecía lecciones sobre salud e higiene a los médicos locales aspirando a remodelar el panorama médico ruso con la «superior ciencia estadounidense». En palabras de uno de sus líderes, la ARC estaba inoculando «el germen para el desarrollo del trabajo científico organizado a gran escala».²⁴⁰

Este tren contra el tifus, dirigido por la Comisión de la ARC en Siberia y vinculado a la intervención militar de los EEUU, no se detuvo hasta que el éxito Bolchevique se hizo evidente en su avance territorial en torno a la primavera de 1920 (Irwin, 2012). La gente rusa, receptora de su humanitaria ayuda, percibía sin duda el paternalismo y la superioridad que emanaba de la ARC, y a la cual respondían con resentimiento y aceptando la ayuda desinfectante a regañadientes. Como ha mostrado Julia Irwin (2012, p. 95), así lo documentaron los propios trabajadores y trabajadoras de la ARC en sus diarios y cartas privadas:

El médico Frederick Lee Barnum [...] confió en su diario que “los rusos no querían a la C.R aquí” [...] tal vez “querían ayuda en cuanto a ropa, alimentos y suministros”, [pero] razonó que “era tirar dinero enviar médicos, enfermeras y otro personal aquí, porque no eran necesarios. Los rusos tenían mucho personal. Totalmente capaz como cualquiera que pudiéramos proporcionar —más aún, de hecho, porque nuestro personal no podía hablar el idioma”. Barnum continuó señalando que “teníamos que obligarlos absolutamente a que aceptasen nuestra ayuda”, y esa asistencia solo había sido aceptada “a regañadientes y de mala gana” por el pueblo Ruso. Bessie Eddy Lyons, una de las colegas de Barnum, se hizo eco de tales críticas en dos “cartas confidenciales” [...] que

²⁴⁰ Roger Lewis, “A Short History of the Red Cross in North Russia,” July 1, 1919, Box 867, RCNA2

admitió escabullir sin el conocimiento del censor del ejército. “A los Rusos no les gustamos”, [...decía] porque “somos superiores y se lo demostramos” [...] “Si viéramos una pocilga diríamos: ‘Pobres cerdos, vendré y te mostraré cómo vivir, me quedará un rato y te limpiaré’. Eso es lo que les estamos haciendo a los Rusos, y nuestra interferencia les molesta con un resentimiento profundo, oscuro y sincero”.

En estas circunstancias, no es de extrañar que apenas unas semanas después de enviar el telegrama a la Conferencia de Paz, el 5 de mayo del 1919, el Comité presidido por Davison decidiera transformarse en el organismo permanente que estipularon los conferenciantes, la *Ligue of Red Cross Societies* (LRCS: Liga de Sociedades de la Cruz Roja), cuya sede y cuya Oficina de Salud se establecerían en Ginebra, y cuya tarea más inmediata sería la de iniciar una campaña contra el tifus en Polonia, a organizar por el médico estadounidense Richard Pearson Strong (1872-1948) (Hutchinson, 1995). La campaña contra el tifus en Polonia permitiría establecer un doble cordón inmunológico, contra la propagación del tifus y contra la del comunismo. No obstante, el propósito sanitario humanitario de la LRCS iba más allá de esta lucha inmunitaria contra el tifus y contra el comunismo, residía en «asociar a las Sociedades de la Cruz Roja del mundo en un esfuerzo sistemático para anticipar, disminuir y aliviar la miseria producida por la enfermedad y la calamidad». Su junta directiva, autorizó «medidas inmediatas» destinadas a «poner en práctica las recomendaciones de los expertos médicos reunidos recientemente en Cannes para considerar y diseñar un programa mundial de salud» (citado en, Howard-Jones, 1978, p. 13).

La precipitada fundación de la LRCS con las Sociedades de la Cruz Roja vinculadas a las cinco grandes potencias Aliadas —Estadounidense, Italiana, Japonesa, Francesa y Británica— cuya constitución dejaba la adhesión de otras sociedades nacionales subordinada a la aprobación de la Junta de Gobernadores que Davison presidiría, constituía también un importante mensaje para los miembros del *Comité International de la Croix-Rouge*, cuya sede también se situaba en Ginebra. La respuesta del CICR a la fundación de la LRCS llegó mediante una circular emitida el 20 de mayo del 1919, que resumía los acontecimientos desde el encuentro informal de febrero con el grupo de Davison. Ésta no celebró ni aprobó la creación de la LRCS, tampoco garantizó cooperar con el nuevo organismo y señaló que estaba estudiando que tipo de colaboración podría establecerse con la LRCS sin comprometer los principios de imparcialidad, equilibrio y neutralidad. Además, reafirmaba que el CIRC continuaba «siendo el medio de comunicación de todas las Sociedades de la Cruz Roja, como siempre lo ha sido en virtud de las sucesivas decisiones de las Conferencias [internacionales]. La organización ahora creada no debe suplantarla en modo alguno, sino más bien difundir y extender sus actividades (citado en, Hutchinson, 1995, p. 26). La siguiente Conferencia Internacional

de la Cruz Roja, la décima, no tuvo lugar hasta mayo del 1921, más de un año después de la entrada en vigor del Tratado de Versalles. Mientras tanto la actividad de la recién constituida LRCS en respuesta a la epidemia de tifus daba comienzo a un largo y enrevesado proceso, repleto de disputas y luchas de poder, que en 1923 desembocó en la constitución de la OHSN como organismo intergubernamental autónomo de salud de la Sociedad de Naciones.

La propagación del tifus a Polonia estaba teniendo lugar en el contexto de la Guerra Polaco-Soviética que venía desplegándose desde febrero de 1919, en torno a la disputa territorial entre la Rusia Bolchevique y la Segunda República Polaca, que había sido constituida tras el armisticio con el Imperio Alemán. Polonia pasó a representar la función, en términos médicos que ya estaba asumiendo en términos políticos para los Aliados. Era el más importante de los Estados, separados del territorio Ruso por el tratado Brest-Litovsk, que el Tratado de Versalles –por entonces en proceso de elaboración– confirmaba como Estado Soberano: para los Aliados su función era la de establecer un cordón sanitario entre Alemania y Rusia, las fuerzas enemigas más temidas, y aislar a la naciente Unión Soviética Comunista del resto de Europa para contener el «germen» del comunismo (Balińska, 1995; Borowy, 2009; Foster, 1981; MacMillan, 2001; Sharp, 1991; Weindling, 2000b).

Desde el punto de vista de los Aliados Europa estaba siendo amenazada por dos epidemias que se fundían en una sola, cuyo núcleo de propagación era Rusia y cuyo territorio fronterizo más amplio era Polonia. Como afirmó Winston Churchill —por entonces Secretario de Estado para la Guerra y Secretario de Estado del Aire del Imperio Británico— Europa estaba siendo amenazada por:

una Rusia envenenada, una Rusia infectada, una Rusia portadora de plagas, una Rusia de hordas armadas que golpean no sólo con bayoneta y con cañones, sino acompañadas y precedidas por los enjambres de tifus portadores de alimañas que matan los cuerpos de los hombres, y doctrinas políticas que destruyen la salud y hasta el alma de las naciones (citado en, Weindling, 2000b, p. 150).

Estados Unidos había sido el primero en brindar ayuda humanitaria a Polonia a través de la *American Relief Administration* (ARC). La ARC había sido constituida el 24 de febrero del 1919 por el Congreso de los Estados Unidos bajo la dirección de Herbert Hoover (1874-1964),²⁴¹ futuro presidente de los Estados Unidos. Su objetivo residía en brindar socorro humanitario a las poblaciones en Europa y países contiguos, excluyendo a los vencidos —Alemania, a la Austria-Alemana, Hungría, Bulgaria, y Turquía— con un

²⁴¹ Véase, Hoover, Herbert. (1951). *The Memoirs of Herbert Hoover: Years of Adventure, 1874-1920*. The Macmillan Company.

presupuesto de 100 millones de dólares, al que se le sumó una cantidad similar en donaciones privadas. Gran parte de los esfuerzos de la ARC estuvieron destinados a Polonia dónde desempeñó un papel importante de «estabilización» del nuevo Estado. Allí operó, bajo diversas estructuras que fueron cediendo la gestión a agencias locales, hasta finales del 1922, prácticamente un año después de que la guerra polaco-soviética hubiera concluido con el Tratado de Riga. La ARC, que se desenvolvía fundamentalmente a través del trabajo voluntario, además de establecer numerosos servicios sanitarios de socorro y rehabilitación, distribuía millones de toneladas de alimentos en los Países en que operaba, ese era su punto fuerte (Adams, 2009; Balińska, 1995; Blackburn, 2021; Foster, 1981).

En Polonia, se enfocó sobre todo en la alimentación infantil, pero también distribuía alimentos a adultos a través de un sistema de donación de alimentos entre residentes de los EEUU y población polaca. Durante el invierno y primavera de 1919-1920, sólo la misión de ARA en Varsovia distribuyó 300.000 toneladas de productos alimenticios estadounidenses; eso sí, bajo un estricto plan de eficiencia que minimizaba el desperdicio estableciendo científicamente las calorías que cada infante necesitaba al día: «Las sopas debían tener la proporción correcta de agua a ingredientes, el pan debía tener la cantidad específica de harina y la leche debía diluirse en cantidades iguales de agua [...además se] aseguró que los comités locales trabajaran con el mismo estándar (Adams, 2009, p. 6).

La distribución de alimentos era la mejor arma del ARA para la «estabilización social» y, aunque no puede dudarse de que contribuyó notablemente a la supervivencia de millones de personas, su objetivo era más político que altruista, servía para frenar la propagación del comunismo e indirectamente ayudó a frenar la del tifus. Así lo demuestra la orden ejecutiva y «confidencial», mediante la que Wilson, desde la Conferencia de Paz de París, le dio nacimiento:

No puedo instar con más sinceridad y solemnidad al Congreso la financiación que el Sr. Hoover ha solicitado para la administración del socorro alimentario. El socorro alimentario es ahora la clave de toda la situación europea y de las soluciones de paz. El bolchevismo avanza constantemente hacia el oeste, ha abrumado a Polonia y está envenenando a Alemania. No se puede detener por la fuerza, pero se puede detener con alimentos, y todos los líderes con los que estoy en conferencia están de acuerdo en que la acción concertada en este asunto es de importancia inmediata y vital. El dinero no se gastará en alimentos para la propia Alemania, porque Alemania puede comprar sus alimentos, sino que se gastará en financiar el traslado de alimentos para nuestros verdaderos amigos en Polonia, para la gente de las unidades liberadas del Imperio austrohúngaro, y para nuestros asociados en los Balcanes. Le ruego que presente este asunto con toda la urgencia y la fuerza posible al Congreso. No veo cómo podemos

encontrar poderes definidos con quienes concluir la paz a menos que se emplee este medio para detener la marea del anarquismo.²⁴²

El telegrama de la Conferencia de Cannes fue la primera noticia que los gobiernos de los Aliados tuvieron acerca de la amenazante propagación de la epidemia de tifus en Europa del Este. Antes incluso de la entrada en vigor de la Sociedad de Naciones, en mayo del 1919, la recién constituida LRCS pasó a la acción enviando a Polonia una Comisión de cuatro expertos vinculados a los gobiernos de los Cuatro Grandes para determinar «los hechos epidémicos». Ésta contaba con Hugh S. Cumming (1869-1948), miembro del *Hygienic Laboratory* de los Estados Unidos (precursor del Instituto Nacional de Salud) y futuro Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos; George Buchanan²⁴³ (1869-1936), Oficial Superior del Ministerio de Salud Británico y representante de Gran Bretaña en el Comité Permanente de la OIHP; Aldo Castellani (1874/1971), reputado patólogo y bacteriólogo italiano afincado en la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* y delegado de Italia en el Comité Permanente de la OIHP, y Fernand Visbecq (1868-1933), del *Service de Sante* de la armada francesa (Balińska, 1995; Borowy, 2009; Howard-Jones, 1978).

Davison había proyectado algo más que una comisión de investigación, concretamente que la LRCS organizara actividades de socorro en Polonia con fondos y suministros provenientes de la Sociedad de Naciones, particularmente de los Gobiernos de los Cuatro Grandes Aliados, pero esta expectativa se vio decepcionada cuando las autoridades Británicas se mostraron indispuestas a financiar tales planes. Según Borowy (2009, p. 45), las reservas Británicas estaban basadas en «una firme creencia en el liberalismo y en los mecanismos de libre mercado», según la cual la ayuda gratuita «debilitaría la capacidad de los afligidos para dominar sus problemas», a lo que se añadía el hecho de que una política activa de la Sociedad podría crear un precedente peligroso. No obstante, otras preocupaciones competían con las anteriores, particularmente «la necesidad de desactivar una situación políticamente explosiva en los márgenes de la Revolución comunista, una dedicación idealista a la cooperación internacional y también preocupaciones sobre la posible propagación de la epidemia a Europa occidental». El informe que resultó de la misión investigativa de la LRCS a Polonia llegó a la conclusión prevista; la epidemia superaba con creces las capacidades

²⁴² Wilson, Woodrow, 1856-1924, “Food Relief Appropriation,” (1919) January 11, WWP20659, Woodrow Wilson Press Statements, Woodrow Wilson Presidential Library & Museum, Staunton, Virginia. Esta orden es de aproximadamente un mes antes de que Hoover materializara la fundación de la ARC en el Congreso Estadounidense.

²⁴³ Véase, Kristian Jensen (1936).

de la LRCS apenas establecida a menos que estuviera respaldada por una «acción oficial unida de los Gobiernos».²⁴⁴

Mientras tanto, la *Office International d'Hygiène Publique*, cuya sede estaba en París y cuya lengua oficial era el francés, que era el organismo internacional e intergubernamental derivado de las Conferencias Sanitarias Internacionales, y por lo tanto, lidiaba con la coordinación de la cooperación internacional en materia de epidemias pestilenciales en las fronteras, particularmente con el cólera, el tifus y la fiebre amarilla, celebró la primera reunión de posguerra de su Comité Permanente, compuesto por delegados designados por los Estados Miembro en virtud de sus conocimientos técnicos.²⁴⁵ Como ya señaló Howard-Jones (1978, p. 17) la OIHP continuaba siendo fundamentalmente «un club de altos administradores de salud pública, en su mayoría europeos, cuya principal preocupación era proteger a sus países de la importación de enfermedades exóticas sin imponer restricciones demasiado drásticas al comercio internacional».

²⁴⁴ Memorandum on the Need for United Official Government Action to Deal with the Spread of Typhus in and through Poland, attached to a note by Drummond to members of the League Council, 11 March 1920, Council Document 40 (12/3419/1719), citado en Borowy (2009, p. 45).

²⁴⁵ Fue creada mediante el Acuerdo de Roma de 1907, según lo previsto en la Convención Sanitaria Internacional del 1903, que ratificaron las 12 naciones fundadoras: Bélgica, Brasil, España, Estados Unidos, la República Francesa, Gran Bretaña e Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal, Rumania, Rusia, Suiza y el Gobierno de su Alteza el Jédivé de Egipto. En 1919, sus signatarios superaban la treintena. Además de liada con la aplicación y creación de las Convenciones Sanitarias, publicaba un *Bulletin mensuel* con las informaciones enviadas por los Estados Miembro. Era financiada con las contribuciones de los gobiernos signatarios y su estructura consistía en el *Comite permanent* y una reducida cantidad de personal permanente, entre los cuales debían figurar el director y el secretario general, nombrados por el Comité. El artículo 4 de sus estatutos orgánicos, establecía como su función principal «recopilar y poner en conocimiento de los Estados participantes hechos y documentos de carácter general de interés para la salud pública, especialmente en lo que se refiere a enfermedades infecciosas, en particular el cólera, la peste y la fiebre amarilla, así como las medidas adoptadas para combatir estas enfermedades». Véanse, entre otros: Grubbs, S. B. (1909). International Office of Public Hygiene. Its Inauguration at Paris, France. *Public Health Reports (1896-1970)*, 24(2), 23, p. 25; Howard-Jones, Norman. (1978). International public health: The organizational problems between the two World Wars. En *History of International Public Health* (Issue 3). World Health Organization. p. 7.

El Ministerio de Salud Británico y el proyecto de Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones

El primer encuentro de la OIHP tras la Gran Guerra, que tuvo lugar del 3 al 13 junio del 1919, estuvo marcado por un cambio de presidente y por discusiones respecto a las futuras relaciones de la OIHP con las nacientes organizaciones, particularmente la LRCS y la Sociedad de Naciones. Unos días antes, el italiano Rocco Santoliquido (1854-1930), que era el Presidente saliente del Comité Permanente de la OIHP, había recibido una carta del estadounidense Richard P. Strong (1872–1948), el encargado de organizar la misión de la LRCS a Polonia, donde adjuntaba los artículos de la constitución de la LRCS y expresaba el deseo de esta nueva organización de colaborar con la OIHP. La carta de Strong fue leída ante los asistentes por el Presidente entrante del Comité Permanente, el belga Oscar Velghe (1925-1927), quién dictaminó que la OIHP no podía establecer un vínculo formal con una «organización privada», al tiempo que instó a Santoliquido a aceptar personalmente la invitación de participar en los trabajos de la LRCS.

Además, en esta primera reunión del Comité Permanente de la OIHP, tres delegados vinculados de un modo u otro a las administraciones del Imperio Británico, que había sido el gobierno responsable de incluir el inciso *f* del artículo 23 en el Pacto,²⁴⁶ presentaron un memorando solicitando al Comité Permanente de la OIHP que estudiara las futuras relaciones de la OIHP con la Sociedad de Naciones «en vista del hecho de que las cuestiones de salud pública forman parte de las responsabilidades de la Sociedad de Naciones» (citado en, Howard-Jones, 1978, p. 14). Dichos delegados eran, Buchanan en representación de Gran Bretaña y como hemos visto participante de la Comisión a Polonia de la LRCS; Alexander Granville²⁴⁷ (1874-1929), vinculado a la administración colonial británica en Egipto y en representación de éste, y; Edward John Steegman (1867- 1923),²⁴⁸ que aunque en la OIHP representaba a Canadá, también trabajaba como Oficial Médico para el Ministerio de Salud Británico.

El análisis del nuevo presidente sobre la resolución de estas futuras relaciones fue aplaudido unánimemente por los asistentes. Para Velghe, si la Sociedad de las Naciones considerara necesario establecer una oficina técnica para la salud pública, la «solución más favorable», sería que recurriera para ello al OIHP; «por el contrario, [si] la Sociedad de las Naciones quisiera crear otro órgano consultivo en materia de salud,

²⁴⁶ Hunter Miller, David. (1928). *The Drafting of the Covenant: Vol. I*. G. P. Putnam's Sons.

²⁴⁷ Dr. Alexander Granville. (1929). *BMJ*, 1(3560), 623–623.

²⁴⁸ Obituary, Edward John Steegmann. (1923). *The Lancet*, 1(24), 1236–1237.

necesariamente habría una duplicación de esfuerzos» (citado en, Howard-Jones, 1978, p. 15).

Cabe ahora clarificar que además del artículo 23(f) sobre la cooperación para combatir y prevenir las enfermedades, y del artículo 25 sobre la promoción de la Cruz Roja, el Pacto de la Sociedad de Naciones, contenía un tercer artículo genérico que señalaba un posible camino de relación entre la OIHP y las actividades sanitarias de la Sociedad de Naciones. Esto es, el artículo 24, que sancionaba el carácter centralizador de la Sociedad sobre el resto de instituciones y acuerdos intergubernamentales: «todas las oficinas internacionales anteriormente establecidas por tratados colectivos» deberían ser «bajo reserva del asentimiento de las partes» colocadas «bajo la autoridad de la sociedad», además, «todas las demás oficinas internacionales y todas las comisiones para el arreglo de los asuntos de interés internacional [...] creadas en lo sucesivo, serán colocadas bajo la autoridad de la sociedad».²⁴⁹ El artículo 24, que había sido incorporado con la pretensión de absorber y centralizar el resto de las organizaciones intergubernamentales bajo el paraguas de la Sociedad de Naciones, interpretado a la luz del artículo 23(f) podía incluir la absorción de la única organización intergubernamental e internacional de salud pública existente en la época, la OIHP.

Poco después, entre el 29 y 30 de julio del 1919, el Ministerio de Salud Británico, volvió a tomar la iniciativa. Bajo invitación expresa de su Ministro de Salud, Christopher Addison (1869-1951), convocó a una Conferencia a representantes de Francia, EEUU, Gran Bretaña, de la LRCS y de la *Office Internationale d'Hygiène Publique*, con el fin de llevar a cabo «algunas conversaciones preliminares e informales» sobre los artículos del Pacto, que de modo directo o indirecto concernían a la salud: el 23(f), el 24 y el 25. Las discusiones se centraron en determinar de qué modo se podía harmonizar la OIHP con las futuras actividades de salud de la naciente Sociedad de Naciones, pero también abordaron la epidemia de tifus. En cualquier caso, estuvieron delimitadas por un acuerdo previo e informal anglo-estadounidense que había tenido lugar el 18 de julio entre tres de los representantes presentes: Steegmann, Oficial Médico del Ministerio Británico y representante de Canadá en el Comité Permanente de la OIHP; Cumming, miembro del *Hygienic Laboratory* de los Estados Unidos; y Buchanan, Oficial Superior del Ministerio de Salud Británico y representante de Gran Bretaña en el Comité

²⁴⁹ En este caso he realizado mi propia traducción de la versión francesa oficial: «Tous les bureaux internationaux antérieurement établis par traités collectifs seront, sous réserve de l'assentiment des Parties, placés sous l'autorité de la Société. Tous autres bureaux internationaux et toutes commissions pour le règlement des affaires d'intérêt international qui seront créés ultérieurement seront placés sous l'autorité de la Société» (Treaty of Peace with Germany, signed at Versailles, June 28, 1919 (66th Congress, 1st Session, United States Senate, July 10, 1919), 1919).

Permanente de la OIHP, estos dos últimos enviados a la misión en Polonia por la LRCS (Borowy, 2009, pp. 43-46). En aquella reunión previa Steegman, Cumming y Buchanan, habían discutido un memorando elaborado por Stegmann y acordado una remodelación de la OIHP bajo el auspicio de la Sociedad de Naciones. Esencialmente, dicha remodelación modificaba su estructura y ampliaba modestamente sus funciones, persistiendo en la restricción de sus actividades a la coordinación internacional contra las epidemias. Los objetivos que acordaron para la renovada oficina de Higiene bajo el auspicio de la sociedad de Naciones fueron: «1. Incrementar la cooperación entre las autoridades sanitarias nacionales; 2. Organizar información rápida durante epidemias y coordinar medidas de precaución; 3. Asumir la responsabilidad de las convenciones, en particular las Convenciones Sanitarias Internacionales; 4. Cooperar con la LRCS y otras organizaciones voluntarias» (Borowy, 2009, pp. 42-43).²⁵⁰

La Conferencia Informal de Salud Pública convocada por el Ministerio de Salud Británico, dio lugar a una serie de acuerdos tentativos que partieron del memorando elaborado por Steegmann. El informe de las resoluciones de esta Conferencia exploratoria, fue descrito por Raymond B. Fosdick (1883-1972), Subsecretario provisional de la Sociedad de Naciones, y futuro presidente de la *Rockefeller Foundation* (1936-1948), como una «chapuza», al parecer el listado de resoluciones que los conferenciantes enviaron a la Secretaría de la Sociedad de Naciones, «no contenía todas las resoluciones que se aprobaron». ²⁵¹ La «lista completa» llegó a la Secretaría el 28 de agosto del 1919, por mediación de Stegmann. ²⁵² Las reflexiones retrospectivas del presidente de la Conferencia, Waldorf Astor (1847-1919), Secretario Parlamentario del Ministerio de Salud Británico, nos servirán para situar los puntos clave de las resoluciones que se adoptaron en relación con los propósitos que para ésta guardaba la delegación Británica. En ellas concluía que:

La tarea bastante delicada de aproximarse a *Office International d'Hygiène Publique* y a la *League of Red Cross Societies*, se ha llevado a cabo evidentemente con éxito; y es un buen augurio para el próximo paso de inducir a los signatarios de la Convención de Roma a aceptar la inclusión de la *Office d'Hygiène* en la Sociedad de Naciones: porque si hay algún asunto que pueda hacerse internacional sin ofender la nacionalidad o el

²⁵⁰ League of Nations and International Health Organization. Statement of result of discussion with Col. Cumming, 18 July 1919, Bodleian Library, MS. Addison dep c. 145, Fol. 2

²⁵¹ League of Nations. (1919a). *Health Organisation - Mr. R. B. Fosdick - Result of interview with Mr. Steegman. Gives full list of resolutions passed at the Conference. Suggests he and Mr. Steegman work out a plan for a Health Organisation between them*, 1919.08.28 (R811-1/12B/921/126). United Nations Archives at Geneva, p. 10.

²⁵² Ibidem.

nacionalismo, es la cuestión de la salud y los citados signatarios probablemente no objetarán la propuesta.²⁵³

Este objetivo fue todo un éxito, aunque quedaron algunas cuestiones legislativas que solucionar. Durante la conferencia, Velghe, el presidente de la OIHP «afirmó que si bien él personalmente y también su gobierno estaban a favor de su absorción por la Sociedad de las Naciones, esto no sería posible sin el acuerdo de todos los signatarios originales y posteriores del Acuerdo de Roma de 1907» (Howard-Jones, 1978, p. 15).²⁵⁴ Esta cuestión fue abordada en la 2ª resolución de la Conferencia en el cual se sugería «que los signatarios de la Convención de Roma considerasen cuanto antes» la colocación de la OIHP «bajo la dirección de la Sociedad de las Naciones».²⁵⁵ También en la 5ª, aquella que olvidaron incluir en el Informe oficial,²⁵⁶ que añadía que:

La *Office Internationale d'Hygiène Publique* debería continuar, posiblemente con un cambio de título y con ciertas adiciones o modificaciones necesarias de sus estatutos, bajo la responsabilidad de la Sociedad de las Naciones por deseo de los Gobiernos que son parte en la Convención de Roma de 1909 y luego proceder a emprender los nuevos deberes que le asigne la Sociedad.²⁵⁷

No obstante, los conferenciantes también abordaron otras cuestiones relevantes que Astor dejó anotadas en sus reflexiones retrospectivas. Esto es el solapamiento de funciones entre la OIHP y la LRCS, y la delimitación de sus funciones una vez incorporadas ambas a la nueva *Health Commission* (Comisión de Salud) de la Sociedad de Naciones cuyo alcance debería sobrepasarlas en tanto «organización sanitaria universal». Así se refirió Astor en su balance sobre esta cuestión:

Dado que el trabajo de la *Office d'Hygiène* ha consistido exclusivamente en la recopilación y difusión de información sobre enfermedades y sobre los medios para combatirlas, pero que no ha tenido poder de acción, ni siquiera de consejo, es inadecuada para convertirse en *Health Commission* sin ninguna modificación radical. Parece que la

²⁵³ League of Nations. (1919b). *Public Health - Major the Honorary Waldorf Astor - Letter transmitting Draft-Minutes of International Conference on Public Health, held on 29th and 30th July at the University of Health* (R811-1/12B/684/126). United Nations Archives at Geneva, pp. 2-3.

²⁵⁴ League of Nations. (1919a). *Health Organisation - Mr. R. B. Fosdick - Result of interview with Mr. Steegman. Gives full list of resolutions passed at the Conference. Suggests he and Mr. Steegman work out a plan for a Health Organisation between them, 1919.08.28* (R811-1/12B/921/126). United Nations Archives at Geneva, p. 10.

²⁵⁵ Ibidem.

²⁵⁶ Este informe, titulado, Informal conference on international public health, convened by the Rt Hon. Christopher Addison, M.P., Minister of Health, held at the Ministry, Whitehall, on July 29th and 30th, 1919, y catalogado como de uso exclusivo para la oficina, se encuentra adjunto en: League of Nations. (1919b). *Public Health - Major the Honorary Waldorf Astor - Letter transmitting Draft-Minutes of International Conference on Public Health, held on 29th and 30th July at the University of Health* (R811-1/12B/684/126), pp. 5-20.

²⁵⁷ League of Nations. (1919a). *Health Organisation - Mr. R. B. Fosdick - Result of interview with Mr. Steegman. Gives full list of resolutions passed at the Conference. Suggests he and Mr. Steegman work out a plan for a Health Organisation between them, 1919.08.28* (R811-1/12B/921/126), p. 10-11.

Office d'Hygiène ha cumplido el segundo de los tres objetivos principales de la *League of Red Cross Societies* según lo establecido por Sir David Henderson, a saber, la función del *Central Medical Bureau*. Quizás la *Office* haya hecho este trabajo mejor que la propia *League of Red Cross Societies*. Esto, sin embargo, no da derecho a la primera institución a sustituir a la segunda. El trabajo de la *Office* es en gran parte científico e informativo: el de la *Red Cross*, filantrópico y educativo. Uno apela a los gobiernos y el otro a la opinión pública. Naturalmente, sus métodos son diferentes en muchos aspectos, pero en otros hay riesgo de conflicto y superposición. La *Health Commission* debe constituirse para incluir las actividades de ambas [...] Al ser incluidas en la Sociedad de las Naciones, pueden cambiar sus convenciones y estatutos orgánicos para ampliar su esfera de trabajo [...] Ninguna de estas instituciones está a la altura de las exigencias que se le harán a una organización sanitaria universal.²⁵⁸

Los potenciales solapamientos entre la LRCS y la OIPH fueron abordados por la 4ª Resolución de la Conferencia «sin haber hecho ningún examen exhaustivo de las respectivas esferas y funciones», la cual dictaminó que: «A) Los asuntos de socorro son especialmente adecuados para la acción de la Cruz Roja; B) Los asuntos de salud pública que requieran acción gubernamental o gasto de fondos públicos o que afecten las relaciones internacionales o la revisión de convenciones deben ser tratados por la oficina oficial (en la que se incorporaría la OIHP); C) El organismo oficial, por ejemplo, no puede ocuparse de lo siguiente: i. Estimular los estándares de enfermería y la formación médica en los países atrasados. ii. Propaganda sobre asuntos de higiene individual, por ejemplo, enfermedades venéreas en países específicos» (énfasis original).²⁵⁹

Entre tanto, la LRCS, que había hecho suya la lucha contra la epidemia de tifus en Europa del Este y se las manejaba para tener representantes en todas las reuniones internacionales de salud pública, continuó presionando a los Gobiernos Aliados. Su crecimiento estaba siendo extraordinario. Para el verano de 1919 contaba ya con un personal de 14 miembros y un total de 26 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja se habían adherido a la LRCS. Además, ya había establecido la Oficina Central de Salud en Ginebra, y abierto varios departamentos: bienestar infantil, tuberculosis, enfermedades venéreas, malaria, medicina preventiva, educación en enfermería y publicaciones. Una élite experta en cuestiones de salud pública y diplomacia internacional formaba ya sus filas: Sir David Henderson (1868-1921), ex Teniente General del Ejército Británico, que había sido nombrado Director General de la LRCS; el diplomático suizo William E. Rappard (1883-1958) se convirtió en Secretario General; Strong fue nombrado Director

²⁵⁸ League of Nations. (1919b). *Public Health - Major the Honorary Waldorf Astor - Letter transmitting Draft-Minutes of International Conference on Public Health, held on 29th and 30th July at the University of Health* (R811-1/12B/684/126), pp, 2-3.

²⁵⁹ League of Nations. (1919a). *Health Organisation - Mr. R. B. Fosdick - Result of interview with Mr. Steegman. Gives full list of resolutions passed at the Conference. Suggests he and Mr. Steegman work out a plan for a Health Organisation between them, 1919.08.28* (R811-1/12B/921/126), p. 10-11.

Médico General; y Santoliquido, antiguo presidente de la OIHP, Consejero de Salud Pública Internacional (Howard-Jones, 1978, p. 15). En octubre del 1919 en el *Bulletin of the League of Red Cross Societies*, podía leerse la siguiente denuncia:

los países de Europa del Este se están esforzando, con medios patéticamente insuficientes, para detener el avance hacia el oeste de enfermedades que, si no se controlan, pueden asolar a Europa. Dificilmente puede ser justo que todo el costo de la protección deba recaer sobre los guardianes y que los protegidos queden libres.²⁶⁰

Según Borowy (2009, pp. 46-48), esta denuncia, tras diversas intermediaciones que siguieron a la Conferencia informal de julio del 1919, precipitó el hecho de que inmediatamente después de entrar en vigor el Tratado de Versalles y, con ello, el Pacto de la Sociedad de Naciones (el 10 de enero del 1920), la epidemia de tifus en Polonia y Rusia y las responsabilidades de la Sociedad respecto a ésta, pasasen a ser uno de los primeros puntos discutidos por el Consejo de la Sociedad de Naciones (en adelante el Consejo). No obstante, a ello también contribuyó el hecho de que era necesaria una defensa inmunológica, no sólo contra la propagación del tifus en la Europa Occidental, sino también contra el «bolchevismo» y «la marea anarquista» que, al igual que los piojos, provenían de Rusia y se propagan en las condiciones de miseria, un punto al que volveremos en adelante.²⁶¹ Además, cabía oficializar los acuerdos de la Conferencia informal convocada por el Ministerio de Salud Británico. Había quedado pendiente según Astor abordar «el siguiente paso», esto es, «la formulación del alcance de la *Health Commission* en relación con la Sociedad de Naciones» lo que involucraba elaborar un borrador entre expertos «con el fin de incluir las actividades de las instituciones nombradas [principalmente de la OIHP y la LRCS] y de abarcar más terreno que ellas».²⁶²

El británico Eric Drummond (1876-1951), Secretario General de la Sociedad de Naciones, alegó que las cuestiones sobre la epidemia superaban los conocimientos de los delegados del Consejo y del Secretariado, propuso constituir un «pequeño organismo internacional permanente a quien el Consejo [pudiera] remitir problemas sobre estos temas para su asesoramiento» (citado en, Borowy, 2009, p. 47). Para este fin, se estableció informalmente en la Secretaría de la Sociedad de Naciones una sección a cargo de las cuestiones de salud (luego conocida como la *Health Section*, a la que me referiré

²⁶⁰ Citado en Borowy (2009, pp. 46-47).

²⁶¹ Wilson, Woodrow. (1919). *Food Relief Appropriation, 1919 January 11*. Woodrow Wilson Presidential Library.

²⁶² League of Nations. (1919b). *Public Health - Major the Honorary Waldorf Astor - Letter transmitting Draft-Minutes of International Conference on Public Health, held on 29th and 30th July at the University of Health (R811-1/12B/684/126)*, pp, 2-3.

como Sección de Higiene) inicialmente encabezada por dos británicos. Sorprendentemente Drummond nombró a una mujer para encabezar la sección, la enfermera y reformadora social británica Rachel Crowdy (1884-1986), junto con Steegmann. Ésta naciente Sección de Higiene, tras la incorporación de otras delegaciones, desembocó el 13 de febrero de 1920 en una resolución del Consejo que llamó a una Conferencia Sanitaria Internacional, que finalmente se celebró en Londres del 13 al 17 de abril de 1920 (OMS, 1958; Howard-Jones, 1978; Borowy, 2009).

El Ministerio de Salud Británico que era sin duda el que estaba tomando la iniciativa, se había mostrado «reacto a convocar otra conferencia debido a los celos que puede crear entre otras potencias que Gran Bretaña tome una iniciativa demasiado grande en este asunto» por lo que optó por sugerir al Consejo que él mismo convocara la Conferencia y manifestó que «no tendría objeción de tomar la iniciativa por invitación del Consejo cuando llegue el momento».²⁶³ Así lo hizo, la Conferencia Sanitaria Internacional se celebró en Londres y fue auspiciada por su Ministerio de Salud. En ella participaron tan sólo delegados y expertos en salud pública de las Cinco Grandes Potencias Aliadas – Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Italia y Japón– además de dos representantes de la LRCS; uno de la OIHP; y una delegación de Polonia convocada para ofrecer información sobre la situación epidémica. Se envió invitación también a las delegaciones de Brasil y Bélgica, que se vieron imposibilitadas a enviar a sus representantes debido un «un cambio de fechas» (OMS, 1958, p. 23).

La delegación polaca estuvo compuesta por Witold Chodźko (1875–1954), psiquiatra, neurólogo, Viceministro de Estado y Ministro del recién fundado Ministerio de Sanidad Polaco, y el médico y bacteriólogo Ludwik Rajchman (1881-1965), que con el tiempo se convertirá en la cara más representativa de la futura OHSN. Por entonces era Director de un Instituto de Higiene recientemente fundado en Polonia para atajar la epidemia de tifus, con el dinero de la *Rockefeller Foundation* (OMS, 1958; Howard-Jones, 1978; Borowy, 2009). Sorprendentemente a excepción del único delegado asistente en representación de la OIHP, que no era el Presidente de su Comité Permanente sino un tal Dr. Poitevin, y de la Delegación de Polonia, todas las otras delegaciones tuvieron derecho de voto, incluida la LRCS.²⁶⁴

²⁶³ League of Nations. (1919a). *Health Organisation - Mr. R. B. Fosdick - Result of interview with Mr. Steegman. Gives full list of resolutions passed at the Conference. Suggests he and Mr. Steegman work out a plan for a Health Organisation between them*, 1919.08.28 (R811-1/12B/921/126), p. 11.

²⁶⁴ League of Nations. (1920). *Recommendations of the International Health Conference relating to the Establishment of an International Health Organisation under the League* (C-1920-20-4-81_B). United Nations Archives at Geneva.

Los miembros de esta reducida Conferencia Sanitaria Internacional llegaron a un acuerdo que parecía satisfacer las preocupaciones de todos pero que, sin embargo, iba mucho más allá de la misión y competencias oficialmente otorgadas, en virtud de la resolución del Consejo de la Sociedad de Naciones del 13 de febrero de 1920, que encargó: «preparar, para su presentación al Consejo, propuestas relativas a la institución de un organismo permanente al que el Consejo podría remitir para su asesoramiento y, si fuera necesario, para la adopción de medidas en todas las cuestiones relacionadas con la ejecución del artículo XXIII (f) y el artículo XXV del Pacto de la Sociedad de Naciones».²⁶⁵ El artículo 24, bajo el cual se podía plantear la absorción de la OIHP, parecía quedar —significativamente— fuera del mandato. En respuesta a dicha resolución, el 16 de abril del 1920, los conferenciantes emitieron un detallado borrador que recomendaron al Consejo presentar, para su aprobación, ante la primera Asamblea de la Sociedad de Naciones. Éste resolvía que en cumplimiento del artículo 23(f), 24 y 25 del Pacto de la Sociedad de las Naciones:

la Asamblea de la Sociedad de las Naciones Resuelve [...] Que se establezca una *Organización Internacional de Higiene permanente* como parte de la organización de la Sociedad de las Naciones [...cuya tarea será la de] ocuparse de los asuntos que afecten a países individuales *únicamente en su relación con otros países* (énfasis míos).²⁶⁶

Así, partiendo de la tarea de establecer un modesto Consejo consultivo, los conferenciantes pasaron a recomendar establecer una Organización internacional y permanente de Higiene, cuya actividad, lejos de incluir el ambicioso programa de salud pública que había avanzado la ARC, optaba como lo hicieron las negociaciones informales anteriores, por preservar la soberanía nacional y reducir el campo de intervención de la nueva Organización a las epidemias que amenazaran el espacio fronterizo entre naciones. La estructura prevista dictaminó que «la Organización Internacional de Higiene permanente estará compuesta por un Comité Ejecutivo, una Oficina Internacional de Higiene y la *Office Internationale d'Hygiène Publique*, que [...] se convertirá en el Comité General». No obstante, esta resolución, que era una versión más afinada y consensuada del proyecto de absorción de la OIHP bajo la autoridad de la Sociedad de Naciones que el Ministerio de Salud Británico venía impulsando, por fuerza «bajo reserva de la aprobación de los Gobiernos signatarios del Convenio Internacional firmado en Roma el 9 de diciembre de 1907», traía algunas innovaciones.²⁶⁷

²⁶⁵ Ibidem, p. 2.

²⁶⁶ Ibidem.

²⁶⁷ Ibidem.

La nueva Organización, a fin de abarcar un ámbito mayor que sus predecesoras incluía, además de la colaboración con la LRCS y la absorción de la OIHP, la colaboración con la Organización Internacional del Trabajo —que había entrado en vigor con el Tratado de Versalles— en su misión de «protección del trabajador contra enfermedades, dolencias y lesiones derivadas de su empleo». De ésta nos ocuparemos más adelante. Lo que cabe resaltar ahora es la más ambiciosa competencia otorgada a la nueva organización, que estaba directamente vinculada a la contingencia epidémica en Europa del Este, y consistía en dotarla del poder ejecutivo de «organizar misiones en relación con asuntos de salud a petición de la Sociedad de Naciones o de cualquier país Miembro de la Sociedad».²⁶⁸

De hecho, tras escuchar los detallados y alarmantes informes de Rajchman respecto a la situación epidémica en Polonia, la Conferencia también había emitido un *Report to the Council of the League of Nations on the epidemic of typhus in Poland*, firmado por Astor el 6 de abril. En éste estimaron que «los recursos del esfuerzo voluntariado superaban con creces la situación» y que la Sociedad de Naciones era «la única organización con fuerza y autoridad suficientes para garantizar la aplicación efectiva de las medidas oportunas» para frenar la propagación de la epidemia. Estas medidas incluían: una cadena de estaciones de cuarentena para desinfección y observación; numerosos hospitales, fijos y móviles; instalaciones para la limpieza y eliminación de piojos; alimentos, combustible y transporte; y una dirección y control eficiente (citado en, Howard-Jones, 1978, p. 20). Además, aprobaron las medidas desplegadas por el Gobierno Polaco y recomendaron crear una Comisión de Tifus, que requeriría para funcionar al menos 3,250,000 libras esterlinas, cuya obtención sugirieron dividir internacionalmente entre los gobiernos (Borowy, 2009, p. 50).

En respuesta a la recomendación sobre la Comisión de Tifus, en su quinta sesión del 14-19 de junio del 1920 el Consejo de la Sociedad de Naciones nombró una «Comisión de Epidemias» con el político y militar Británico Keynon Vaughan-Morgan (1873-1933) como Comisionado Jefe y al británico Norman White (1877-1964), Oficial Médico del Ministerio de Salud Británico como Comisionado Médico (White reemplazaría ese mismo año a Vaughan-Morgan como Comisionado Jefe).²⁶⁹ Ludwik Rajchman fue inmediatamente nombrado miembro (Baliński, 1995; Borowy, 2009). La Comisión debía estudiar la situación en Polonia, asesorar sobre las acciones a emprender e informar

²⁶⁸ Citado en Howard-Jones (1978, p. 22).

²⁶⁹ Adrian, Lord. (1964). Frederick Norman White, 1877–1964. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 176(4493), 1093–1097.

periódicamente al Consejo. No obstante, sus gastos no se sufragarían con cargo al presupuesto regular de la Sociedad, sino a los fondos donados voluntariamente por los gobiernos (Howard-Jones, 1978, p. 20). Lo anterior tuvo el efecto de retrasar la operatividad de la Comisión de Epidemias sobre el terreno hasta entrado 1921 (Borowy, 2009, p. 51). No obstante, eso no impidió que la ayuda humanitaria de los Aliados a la recién constituida Segunda República Polaca se hiciera efectiva.

El 3 de agosto del 1920, el Consejo de la Sociedad de Naciones aprobó también la resolución sobre la Organización de Higiene permanente, con una pequeña modificación de importancia en sus funciones. Las «misiones en conexión con cuestiones de salud», que constituirían el brazo ejecutivo de la Organización, sólo podrían ser organizadas «por requerimiento de la Sociedad de Naciones» y no de cualquiera de los Estados Miembro.²⁷⁰ Meses después, el 10 de diciembre del 1920, la Primera Asamblea de la Sociedad de Naciones, en su decimoctava sesión plenaria, aprobó el «Establecimiento de una Organización de Higiene bajo la Supervisión de la Sociedad»:

de conformidad con lo dispuesto en el artículo 24 del Pacto, la Asamblea aprueba que la *Office International d'Hygiène Publique* quede bajo la dirección de la Sociedad de Naciones, y que se establezca una Organización Internacional de Higiene, como se dispone más adelante (de la cual la *Office International d'Hygiène Publique* será la fundación) que llevará a cabo las disposiciones del Convenio Internacional firmado en Roma el 9 de diciembre de 1907, y también asesorará a la Sociedad de las Naciones sobre todas las cuestiones que surjan de los artículos 23 (f) y 25 del pacto de la sociedad.²⁷¹

No obstante, el proyecto de absorción de la OIHP, tan largamente trabajado por el Ministerio de Salud Británico, quedó frustrado. Al parecer ni los diplomáticos expertos en salud pública, ni el Consejo o la Asamblea General de la Sociedad de Naciones pudieron prever el alcance de las 14 reservas que el Senador estadounidense Henry C. Lodge (1850–1924) planteó al Tratado de Versalles, y con ello, a la propuesta estrella del presidente Wilson: la Sociedad de Naciones. En dos votaciones consecutivas realizadas entre noviembre de 1919 y marzo del 1920, periodo en el cual Wilson se estaba recuperando de un derrame cerebral, el Senado de los Estados Unidos rechazó el Tratado de Versalles y posteriormente Estados Unidos nunca llegó a unirse a la Sociedad de Naciones (Ambrosius, 1987; Gross, 1947).

De nada sirvió que el 11 de marzo de 1921 el Secretario General de la Sociedad de Naciones, bajo indicación del Consejo, interpelara a la OIHP a crear «inmediatamente y

²⁷⁰ League of Nations Council. (1920). *Recommendations of the International Health Conference relating to the establishment of an international health organisation under the League: amended scheme adopted by the Council of the League of Nations meeting at San Sebastian, on 3rd August 1920.*

²⁷¹ Citado en Howard-Jones (1978, p. 22).

con carácter temporal» un «Comité Técnico» destinado a iniciar las actividades sanitarias de la Sociedad de Naciones, en lugar de esperar a que todos los Estados miembro de la OIHP aprobaran su completa subordinación a la Sociedad de Naciones. Por entonces, la OIHP «estaba celosa de su autonomía, sospechaba —no sin razón— de las intenciones de la Sociedad de las Naciones y estaba decidida a resistir cualquier desviación de la letra del Acuerdo de Roma» (Howard-Jones, 1978, p. 25).

El Comité Permanente de la OIHP rechazó la propuesta de creación del Comité Técnico, y Velghe, quien inicialmente continuó apoyando la propuesta (Howard-Jones, 1978), comunicó la decisión al Secretario General de la Sociedad el 27 de abril del 1921, alegando que: «influyó considerablemente en la opinión de los delegados un telegrama, comunicado por el representante de Francia, según el cual el Gobierno de los Estados Unidos no podía aceptar que una organización internacional cualquiera de la que fuera miembro se incorporase a la Sociedad» (citado en, OMS, 1958, p. 24). El delegado francés de la OIHP, Camille Barrère (1851-1940), que estaba contra «la absorción de la OIHP y su transformación en una organización de orden secundario» había aprovechado la respuesta de EEUU a la consulta sobre el futuro de la OIHP, para mantener «la autonomía» de la institución, y convenció a gran parte de los delegados, aunque no al británico (Howard-Jones, 1978, p. 26).²⁷²

²⁷² La posición de Barrère, que era un veterano de las Conferencias Sanitaria Internacionales y un firme defensor del principio del mayor grado de seguridad para a salud pública con el menor grado de restricciones al comercio, había sido desde el inicio la de establecer relaciones con la Sociedad de Naciones y con la LRCS, al tiempo que preservar la independencia y autonomía de la OIHP (Howard-Jones, 1978, p. 16).

El «cordón sanitario» de los Aliados y la hambruna en Rusia: de la improvisación a la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones

El trastocamiento de planes y de resoluciones que implicó la negativa de EEUU a formar parte de la Sociedad de Naciones y el aprovechamiento de estas circunstancias por los delegados de la OIHP, desembocó en un periodo de incertidumbre, improvisación, y acuerdos y estructuras cambiantes, que no se resolvió hasta junio de 1923 (Borowy, 2009; Cueto et al., 2019; Howard-Jones, 1978).

El 21 de junio del 1921, el Consejo de la Sociedad de Naciones, adoptó la decisión de constituir una «Organización provisional de Higiene», que debía estar compuesta, además de por una secretaría (la Sección de Higiene) por un Comité Provisional de Higiene. Este Comité Provisional debía integrar a doce expertos designados por el Consejo, pero atención, por sus títulos personales y no en base a su nacionalidad, por lo que debían actuar en su capacidad privada y no como representantes gubernamentales, además de un representante de la OIT y otro de la LRCS; en total 12 miembros. Es interesante señalar que el representante inicial de la LRCS, no fue Davison, quien estaba gravemente enfermo y moriría poco después, sino Charles-Edward Winslow, como vimos en capítulos anteriores uno de los impulsores del *Yale Institute of Human Relations*, quién pidió una excedencia universitaria para dirigir el *Medical Department* de la LRCS entre abril y septiembre del 1921 (Howard-Jones, 1978, p. 29). Durante 1922, este Comité Provisional empezó a autodenominarse Comité de Higiene a secas y, con ello, a adquirir espontáneamente un carácter semipermanente (Howard-Jones, 1978). Estuvo operativo aproximadamente dos años y medio (hasta inicios del 1924) y se reunió en seis ocasiones (Borowy, 2009, p. 24).

Entre las primeras decisiones del Comité Provisional de Higiene a principios de noviembre del 1921, figuraron además del nombramiento de Rajchman como Director Médico de la Sección de Higiene, la incorporación de la Comisión Epidémica a la Organización Provisional de Higiene, lo cual fue aprobado posteriormente por el Consejo y por la Asamblea. El nombramiento de Rajchman, había sido realizado tiempo antes por Drummond, pero éste le había especificado que tenía que permanecer en Polonia hasta noviembre para continuar dirigiendo la campaña epidémica contra el tifus. Según la interpretación de Balińska (1995, p. 93), la elección de Rajchman como director Médico de la sección de Higiene, tenía que ver con varios factores, entre ellos la brillante reputación que había adquirido «en los círculos de la Fundación Rockefeller y del CICR», siendo que la primera «le atribuyó haber creado uno de los mejores servicios

de salud pública de Europa», pero también el hecho de que Rajchman «tenía una influencia considerable en el gobierno polaco (donde varios de sus amigos socialistas anteriores a la independencia ocupaban ahora puestos destacados) y sin duda estaba detrás de la propuesta de Polonia de convocar una conferencia sanitaria patrocinada por la Liga en Varsovia», de la que nos ocuparemos más adelante.

El apaño que implicó el hecho de que diez de los doce miembros del Comité Provisional de Higiene no fueran representantes gubernamentales —ni tuvieran que estar vinculados a los Estados de la Sociedad de Naciones— constituyó un gesto sin precedentes en las organizaciones intergubernamentales de salud, que permitió varias cosas, algunas previstas y otras fortuitas. Por un lado, cumplió el objetivo de posibilitar que 10 de sus 14 integrantes fueran también miembros del Comité Permanente de la OIHP, y que algunos de los colaboradores fueran estadounidenses (Howard-Jones, 1978, p. 29). La amplia representación de la OIHP en el Comité Provisional de Higiene de la Sociedad de Naciones fue experimentada como una victoria por el presidente de la OIHP. En la sexta sesión de posguerra del Comité Permanente de la OIHP, Velghe celebró con satisfacción que la OIHP estuviese fuertemente representada en el Comité Provisional de Higiene, al tiempo que mantenía su entera independencia (Howard-Jones, 1978, p. 31).

El efecto fortuito de esta estratagema de compromiso entre la OIHP y la Sociedad de Naciones permitió a la URSS aceptar la asistencia y el socorro humanitario de la Comisión Epidémica de la SN y de su Comité Provisional de Higiene, al tiempo que negaba el reconocimiento a la Sociedad de Naciones, de la que no llegó a formar parte hasta 1934. El Gobierno Soviético evidentemente aceptó la ayuda, porque la dimensión de las epidemias y los horrores de la hambruna, desbordaban su capacidad de contención. El Comité provisional estimó que entre 1919-1920 hubo en Rusia 20 millones de casos de tifus. Fue la epidemia de tifus más devastadora en la historia de Rusia, aquélla que mató entre 2 y 3 millones de personas en el periodo de 1918 al 1922 (Patterson, 1993). Sin embargo, lo peor era el hambre que, entre octubre de 1921 y junio del 1922, acabó con la vida de 5 millones de personas. Aquéllos fueron los años más duros, y las regiones al este del río Volga fueron de las más castigadas (Balińska, 1995).

Valgan, para ilustrar la dimensión de la catástrofe, las palabras más duras que escribió el bacteriólogo ruso Lev A. Tarasevich (1868-1927), funcionario del Servicio de Salud de la URSS, en el informe que accedió a escribir para el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones sobre la situación epidémica en Rusia durante aquel período. Tarasevich le dedicó un apartado a la hambruna, puesto que ésta «dominaba todo el pronóstico epidemiológico», la propagación del tifus, del cólera y de todo tipo de

enfermedades. Su testimonio, no sólo nos interesa para hacernos una idea del horror y la desesperación en la que se encontraba la población residente en Rusia, sino también porque señala quienes fueron las víctimas predilectas de los «caníbales» y «comedores de cadáveres», vidas sin valor, con cuyos cuerpos se comerciaba y se especulaba, pues resulta que son las protagonistas de esta tesis:

La gravedad de nuestra situación epidémica, el número de sus víctimas y el sufrimiento que ocasiona no son nada comparados con los horrores de la hambruna y la magnitud del mal que ya ha causado, que todavía está causando y seguirá causando. Está más allá de nuestro poder describir estos horrores. [...] la extensión del mal es mucho mayor de lo que se ha dicho hasta ahora. Es cierto que todas las regiones al este del Volga han sido golpeadas, pero los focos de hambre también están dispersos por todo el país, excepto en el norte y el oeste. Varios distritos de los gobiernos de Voronege, Kharkov, el Don, Crimea, y especialmente los cuatro gobiernos del sur (Odessa, Nikolaiev, Ekaterinoslav, Zaporozhe, antes tan florecientes), donde la hambruna comenzó a hacer estragos en un período más tardío que en el este, han alcanzado ahora el mismo grado de desgracia [...] Casi todos los horrores vividos al este del Volga ya han hecho su aparición; uso de cadáveres como alimento, canibalismo y muerte en todas partes; algunos mueren en casa, en una especie de indiferencia y letargo; otros vuelan en un intento de escapar y perecen en el camino. Los informes presentados en la última reunión de la Sociedad Médico-Psicológica por los alienistas que habían venido de Saratov, Samara y el Sur mostraron una buena evidencia de que todos los horrores mencionados anteriormente están rampantes. Una prueba será suficiente: en Samara todo el manicomio ha sido entregado a comedores de cadáveres y caníbales. Se habla de un nuevo tipo de especulación (la especulación en general es también una epidemia *sui generis* muy extendida), a saber, la especulación con carne humana, etc. (Tarassévitch, 1922b, p. 30).

Como afirmó el diplomático y expedicionario noruego Fridtjof Nansen (1861-1930), quien se encargó de organizar la repatriación de los prisioneros de guerra, de los refugiados y el programa para acabar con la hambruna en Rusia de la Sociedad de Naciones, «en el granero más rico de Europa [...] se había vendido carne humana salada en los mercados». ²⁷³ No resulta sorprendente que los manicomios, en tanto «campos» (Agamben, 2019) se convirtieran en las fuentes de abastecimiento, tampoco que las

²⁷³ Citado en Howard-Jones (1978, p. 36). Nansen propició la entrada de Noruega en la Sociedad de Naciones en 1920, que había sido neutral en la Gran Guerra, y se convirtió en uno de los tres delegados por Noruega de la Asamblea General de la Sociedad de Naciones. Entre 1920 y 1922, a petición de Sociedad empezó a organizar la repatriación de alrededor de medio millón de prisioneros de guerra a 30 países del mundo, también la de los prisioneros en Rusia. Entre otras iniciativas humanitarias, también encabezó la misión en Rusia del CICR, que incluía múltiples agencias nacionales de socorro humanitario y ejerció como Alto Comisionado para los Refugiados de la Sociedad de Naciones, cuyo principal objetivo fue el reasentamiento de los refugiados desplazados por la Revolución Rusa. Es conocido por el «pasaporte Nansen» que inventó para que las personas apátridas pudieran cruzar las fronteras legalmente y fue reconocido por más de 50 gobiernos. Dirigió, además la iniciativa contra la hambruna y el tifus en Rusia de la Comisión Epidémica de la Sociedad de Naciones, que se fusionó con la Organización de Socorro de Nansen, en colaboración con el epidemiólogo británico Reginald Farrar, quien acabó muriendo de tifus (Balińska, 1995; Coudreau, 2012; Vogt, 2016). En 1922 fue galardonado con el Premio Nobel de la Paz «especialmente su trabajo para la repatriación de los prisioneros de guerra, su trabajo para los refugiados rusos, su trabajo para socorrer a los millones de rusos afligidos por la hambruna y, finalmente, su trabajo actual para los refugiados en Asia Menor y Tracia» (Huntford, 1997, p. 531).

personas psiquiatrizadas que los habitaban, cuyas vidas eran por definición «vidas nudas», desprovistas de existencia política y reducidas a su dimensión biológica, a su desnudez animal, se convirtieran en la carne con la que comerciar y alimentarse.

Va más allá de esta tesis examinar con detalle los despliegues que la Comisión Epidémica de la SN, y otras agencias, como la *American Relief Administration*, o las agencias de la Cruz Roja, desplegaron en la URSS. Éstos han sido analizados ampliamente en otros trabajos (Balińska, 1995; Blackburn, 2021; Borowy, 2009; Burkart, 2022; Coudreau, 2012; Foster, 1981; Howard-Jones, 1978; Weindling, 2000b). Basta con indicar que todo empezó como una extensión del esfuerzo por establecer un «cordón sanitario» contra el tifus en Polonia, que era el Estado con una mayor proporción de territorio fronterizo con Rusia, y a través del cual penetraban las más incontrolables masas de personas refugiadas enfermas y hambrientas. En noviembre del 1921, cuando se hizo evidente que las «zonas sanitarias» que la Comisión Epidémica estableció en las fronteras entre Rusia y Polonia no daban abasto para *proteger* a Europa eficazmente de la epidemia de tifus, Rajchman y White viajaron a Moscú para entablar conversaciones con el gobierno Soviético, que inicialmente los recibió con hostilidad y desconfianza, pero tras seis días de reuniones con Nikolai Aleksandrovich Semashko (1874-1949), Comisario del Pueblo para la Salud de la URSS, se alcanzaron algunos acuerdos preliminares. Éstos dieron lugar a la Conferencia Sanitaria en Varsovia de 1922, a la que sólo asistieron funcionarios de salud delegados de Estado, y en la que, a pesar de las tensiones y resistencias, se alcanzaron acuerdos firmes (Balińska, 1995; Blackburn, 2021; Weindling, 2000b).

No obstante, las tensiones continuaron. Cuando posteriormente Semashko viajó a Ginebra para asistir a la quinta sesión del Comité Provisional de Higiene en enero del 1923 e informar sobre las condiciones en su país, lo primero que hizo fue dejar claro que su presencia «en modo alguno cambiaba la actitud del Gobierno de los Soviets hacia la Sociedad de Naciones», y la justificó alegando que «el Comité de Higiene se ocupa de cuestiones humanitarias y no políticas, y está integrado por representantes de países que no son miembros de la Sociedad de las Naciones» (Howard-Jones, 1978). Para entonces, explicó que la situación epidémica había mejorado, tanto en lo respectivo al tifus como al cólera, aunque la malaria estaba haciendo acto de presencia y lo peor seguía siendo la hambruna que había golpeado a un tercio de la población en los distritos de Ucrania, el Cáucaso, Crimea y Armenia. Aun así, se encargó de enfatizar que Rusia sigue «siendo un centro de epidemias que podrían extenderse a países vecinos» (Ibidem). Esto era algo que los rusos nunca olvidaban mencionar cuando pedían ayuda porque, siguiendo con la tradición instaurada en las Conferencias Sanitarias del ochocientos, la protección de

Europa continuaba siendo, junto a la detención de la propagación del bolchevismo, lo que motivaba las intervenciones humanitarias de los Gobiernos Aliados.²⁷⁴

Antes de que tanto la Comisión Epidémica como la *American Relief Administration* salieran de Rusia en 1924 (Weindling, 1995a, 2000b), el 30 enero 1923, el Consejo de la Sociedad de Naciones aceptó la propuesta del Comité Provisional de Higiene de crear un «Comité Mixto» compuesto por «igual número de miembros del Comité de Higiene de la Sociedad y de la *Office International*» para preparar «un esquema para la constitución de la Organización Permanente de Salud» de la Sociedad de Naciones, oficialmente autónoma de la OIHP, que sería presentado a la Asamblea de la Sociedad (Howard-Jones, 1978, p. 48). En junio del 1923, la Asamblea de la Sociedad de Naciones aprobó las recomendaciones de este Comité Mixto, cuyas negociaciones fueron tensas e intrincadas, dando lugar a la enrevesada estructura que la OHSN —con leves modificaciones— mantendría durante toda su existencia. Ésta comprendía:

un Consejo General Consultivo de Higiene; (2) un Comité de Higiene; y (3) una Sección de Higiene de la Secretaría de la Sociedad. Siendo así que el Comité Permanente de la OIHP había de actuar como Consejo General Consultivo de Higiene, pero conservando, al propio tiempo, «su autonomía y su sede en París, sin modificar su constitución o sus funciones» [...]. Formarían el Comité de Higiene el Presidente del Comité Permanente de la OIHP y otros quince miembros, nueve de los cuales los «designaría individualmente, por un periodo de tres años, el *Comité de la Office International d'Hygiène publique*» y los seis restantes, con un mandato de igual duración, el Consejo de la Sociedad de las Naciones, previa consulta con el Comité de Higiene. La OIHP haría sus designaciones «de tal modo que cada uno de los Estados Miembros permanentes del Consejo de la Sociedad de las Naciones tuviera asegurada una representación». Además, la composición del Comité de Higiene podría completarse con un número máximo de «cuatro expertos en salud pública, que actuarían en calidad de asesores» nombrados por el Consejo de la Sociedad a propuesta del Comité de Higiene. Por consiguiente, los miembros del Comité de Higiene serían, en conjunto, veinte, diez de los cuales, designados por la *Office*, seis por el Consejo de la Sociedad, previa consulta con el Comité, y cuatro por el propio Comité. [... No obstante] en 1934 se constituyó un Comité de Encuesta para investigar la estructura de los comités de la Sociedad y en particular del Comité de Higiene. El Comité de Encuesta llegó entonces a la conclusión de que «la Organización de Higiene es de una gran complejidad debido a la necesidad en que se encuentra de ajustar sus actividades a las de la *Office International d'Hygiène Publique* y de trabajar en coordinación con ella» y estimó que el Comité de Higiene, «excesivamente numeroso y poco manejable para actuar como un comité consultivo» en lo que respecta a las actividades normales, «no era al propio tiempo adecuado para llenar las funciones propias de una conferencia general». Por consiguiente, en septiembre de 1936 el Consejo de la Sociedad de las Naciones autorizó un cambio en la composición del Comité de Higiene, que en adelante constaría sólo de doce miembros: uno de ellos, el Presidente del Comité Permanente de la OIHP, sería Vicepresidente *ex officio*, y los

²⁷⁴ El propio Tarasevich abría con esa interpelación su informe: «el foco epidémico en Rusia, tan extendido y virulento, constituye una amenaza grave y constante para nuestros vecinos. Una mejora en la situación epidémica de Rusia y la consiguiente eliminación de este peligro solo pueden lograrse mediante un esfuerzo común coordinado, ya que no estamos en condiciones, con nuestros propios recursos, de llevar la campaña contra las epidemias a un resultado exitoso» (Tarassévitch, 1922a, p. 3).

restantes los nombraría la Sociedad de las Naciones por un periodo de tres años. La OIHP conservó sus funciones, en buena parte nominales, de Consejo General Consultivo de Higiene de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones (OMS, 1958, p. 27).

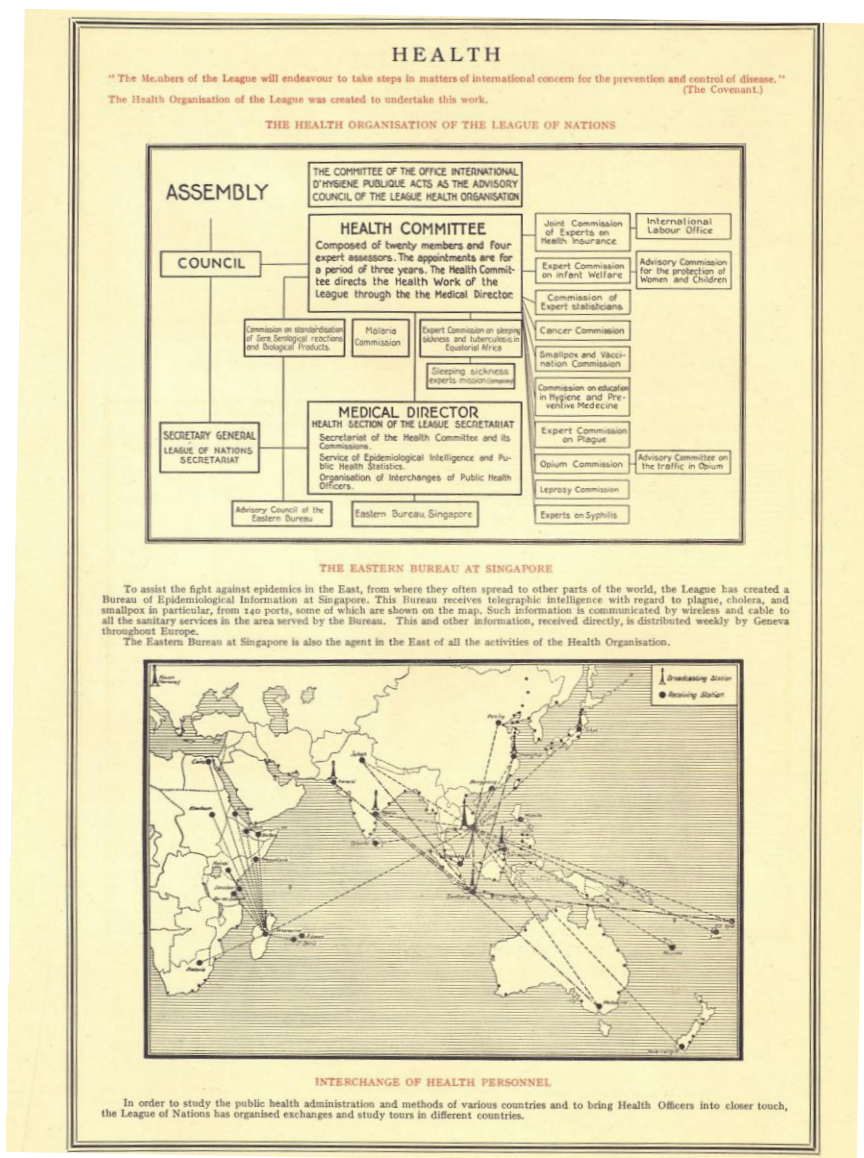


Ilustración 19. Representación gráfica de la estructura de la OHSN y de su Oficina de Oriente datada de 1928.

Representaciones contenidas en el libro *The League of Nations: A Pictorial Survey* publicado en 1925 por la Sección de Información de la Secretaría de la Sociedad y actualizado en 1928, con el objetivo de educar al público sobre la naturaleza y el propósito de la Sociedad. El recuadro superior ilustra la estructura de la OHSN citando, como fundamento de sus misión, el inciso f del artículo 23 del Pacto de la Sociedad de Naciones. El recuadro inferior ilustra la Oficina de Oriente creada en 1925 y situada en Singapur, con la que la OHSN puso en «práctica una propuesta que había sido formulada por vez primera, casi medio siglo antes, durante la Conferencia Sanitaria Internacional de 1881» (OMS, 1958, p. 27). El texto explicativo indica: «Para ayudar en la lucha contra las epidemias en Oriente, desde donde a menudo se propagan a otras partes del mundo, la Liga ha creado una Oficina de Información Epidemiológica en Singapur. Esta Oficina recibe información telegráfica sobre la peste, el cólera y la viruela en particular, de 140 puertos, algunos de los cuales se muestran en el mapa. Dicha información se comunica por radio y cable a todos los servicios sanitarios de la zona atendida por la Oficina. Ésta y otras informaciones, recibidas directamente, se distribuyen semanalmente por Ginebra a toda Europa. La Oficina Oriental de Singapur es también el agente en Oriente de todas las actividades de la Organización Sanitaria». Imagen de dominio público. *League of Nations Archives y Library of Congress*.

Entre Davison y Rajchman, la *Rockefeller Foundation*

Así pues, durante el periodo de entreguerras coexistieron dos organizaciones autónomas intergubernamentales e internacionales de salud, ambas con sede en Europa, en una relación ambivalente y de complejas superposiciones, entre la cooperación y la competencia: la OIHP situada en París y la OHSN con sede en Ginebra. La superposición, que afectó tanto a nivel de los Estados Miembro como a nivel de los delegados y del personal médico experto que compartían, llevó a la solución de enfatizar la diferencia de *funciones* para hacer compatible y cooperativa su coexistencia. Así, la más antigua conservó fundamentalmente su función estadística, de saber y de vigilancia de epidemias en las *fronteras* entre Naciones,²⁷⁵ mientras que la OHSN, a través de su Sección de Higiene, operó como brazo ejecutivo en el seno de los Estados y acabó por ampliar sus quehaceres, inicialmente centrados también en las enfermedades epidémicas, al campo de las enfermedades endémicas y de las enfermedades no transmisibles (Borowy, 2009; Cueto et al., 2019; Howard-Jones, 1978; OMS, 1958).

Bajo la resolutiva dirección de Rajchman, quién pasó a convertirse en la personificación de la OHSN, y actuó a la avanzadilla del Comité de Higiene cuyas decisiones formalmente debía implementar (Borowy, 2009), la sección de Higiene de la Sociedad de Naciones asumió «parcialmente el papel que Davison había visualizado para la *League of Red Cross Societies*» (Howard-Jones, 1978, p. 11). Lo que con la Comisión de Epidemias empezó como una respuesta de contingencia a la epidemia de tifus en Polonia, se expandió a muchos de los ámbitos establecidos por la Conferencia de Cannes a través de diversas Comisiones especializadas cuya influencia fue muchos más allá del Continente Europeo, llegando a Latino América, Asia y África. La Sección de Higiene desplegó su trabajo en torno a enfermedades endémicas como a la malaria, la tuberculosis, la lepra o la enfermedad del sueño y en torno a enfermedades no transmisibles como el cáncer, pero su radio de acción también abordó la estandarización biológica, las condiciones de vivienda, la educación física, el bienestar infantil, la malnutrición, la enseñanza de la medicina y de la salud pública, la higiene rural, y la

²⁷⁵ La OIHP se dedicó al registro y centralización, y tratamiento estadístico y difusión entre los Estados miembros de los brotes epidémicos; la vigilancia de las medidas internacionales de cuarentena y mejora técnica de su aplicación; y publicación de diversos boletines (*Annuaire sanitaire maritime international*; *Relevé annuel* sobre la desratización de buques y puertos; *Répertoire sanitaire maritime international*, y un *Bulletin mensuel* con las informaciones enviadas por los Estados Miembros sobre otros muchos temas. Además extendió su labor a nuevos ámbitos con «el Acuerdo de Bruselas de 1924 sobre las enfermedades venéreas de los marinos, la estandarización internacional del suero antidiftérico y el control de los estupefacientes» (OMS, 1958, p. 29).

unificación de las farmacopeas (Borowy, 2009; Cueto et al., 2019; Howard-Jones, 1978; OMS, 1958).²⁷⁶

Por su parte la LRCS, si bien experimentó un crecimiento extraordinario,²⁷⁷ nunca llegó a materializar «la imaginativa idea de Davison de la Cruz Roja como un mecanismo para la coordinación mundial de los esfuerzos gubernamentales y voluntarios para mejorar la salud pública» (Howard-Jones, 1978, p. 11). Tras la política estadounidense aislacionista de la Sociedad de Naciones la LRCS empezó a recibir menos apoyo de la opinión pública estadounidense, además las nuevas condiciones de paz disminuyeron la afluencia de personas voluntarias en todo el mundo (Hutchinson, 1995), y la principal fuente de ingresos de la LRCS, la *Rockefeller Foundation*, decidió empezar a financiar masivamente una empresa más productiva; la OHSN (Barona, 2013; Farley, 2004; Hutchinson, 1995; Weindling, 1997).²⁷⁸ En adición, la prolongada disputa de la LRCS con el *Comité International de la Croix-Rouge* se zanjó a favor del segundo con la adopción de unos Estatutos conjuntos en la XIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de La Haya, que estipularon las funciones de cada entidad y dieron lugar a un Consejo Internacional para su coordinación.²⁷⁹ En consecuencia una «versión truncada de la LRCS sobrevivió, principalmente como una agencia de coordinación internacional para el socorro en casos de desastre» mientras el CICR salió victorioso de la contienda «con su organización y métodos tradicionales confirmados, y su misión histórica ampliada con modestia pero con entusiasmo» (Hutchinson, 1995, p. 32).

²⁷⁶ Para un trabajo detallado sobre los despliegues de la OHSN desde su constitución hasta su absorción por la OMS, véase sobre todo Borowy (2009), *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organisation 1921-1946*, que es la historia más completa de esta organización.

²⁷⁷ En julio de 1921 ya contaba con 35 Sociedades Nacionales, entre los cuales figuraban muchos de los nuevos Estados creados por los Tratados de Paz y aquéllos que empezaban a despuntar como autónomos del Imperio Británico: en línea generales además de aportar reconocimiento, ser miembro de la LRCS permitía a los países pobres obtener fondos, particularmente, de los Estados Unidos (Hutchinson, 1995).

²⁷⁸ Esto empezó a suceder en 1921, cuando la LRCS tuvo que discontinuar la publicación de su *International Journal of Public Health*, tras la negativa de *Rockefeller* a financiarlo (Howard-Jones, 1978, p. 36; Hutchinson, 1995, p. 29).

²⁷⁹ Entre tanto, el CICR también había traicionado sus valores de neutralidad, imparcialidad y toma de decisiones en las Conferencias Internacionales, negándose durante la Guerra Civil Rusa a reconocer la Cruz Roja vinculada al Gobierno Bolchevique, en favor de aquélla asociada al bando Zarista (Hutchinson, 1995, p. 28).

En conclusión

Hasta ahora hemos tratado de arrojar luz en el imbricado proceso de reconstitución del campo internacional de salud pública tras la Gran Guerra y hemos ofrecido una breve panorámica de los despliegues de la OHSN en el periodo de entreguerras. Nuestro objetivo era dar cuenta de la racionalidad que subyace a la emergencia de la OHSN, a fin de comprender el tipo de vínculo que estableció la Sociedad de Naciones entre el binomio salud/enfermedad y el binomio paz/guerra, para poder compararlo con aquel que, tras la II Guerra Mundial, establecerá la Organización de Naciones Unidas. Cabe ahora empezar a responder a estas preguntas.

Es evidente que la necesidad de crear una *acción sanitaria* desde el marco de la Sociedad de Naciones, cuya función principal residía en «desarrollar la cooperación entre las naciones y garantizar la paz y la seguridad», deriva de múltiples y complejos procesos y disputas. En su núcleo de emergencia encontramos el proyecto de salud pública internacional que se fue fraguando desde la *American Red Cross*, y fue impulsado por Davison —con la inestimable ayuda de Wilson—, un banquero y filántropo humanista, consistente en reformar la acción de todas las Sociedades de la Cruz Roja del mundo, para ponerlas al servicio, en los tiempos de paz que se avecinaban, de la «mejora de la salud pública» de todas las Naciones, bajo la guía de los más eminentes expertos mundiales. Fue la magnificencia de este proyecto, y sobre todo el carácter privado, voluntario y no gubernamental de las Agencias de la Cruz Roja, el que alertó a la delegación Británica cuando llegó el momento de incorporarlo al Pacto de la Sociedad de Naciones.

Los negociadores británicos, que estaban vinculados al nuevo Ministerio de Salud, percibieron la necesidad de limitar el ambicioso proyecto incitado por Davison, que ya compartían todas las agencias de la Cruz Roja de las Cinco Grandes Potencias Aliadas. El problema era que amenazaba la integridad de la soberanía nacional en materia de salud pública y la solución que acordaron, más allá de las pequeñas modificaciones en el artículo 25 de la Cruz Roja —la eliminación de la palabra «pública»— fue incorporar un inciso al artículo 23 del Pacto de la Sociedad de Naciones que, avalando un «esfuerzo» común de cooperación para el «combate y la prevención de las enfermedades» (inciso *f*), colocaba el campo de la salud pública bajo el auspicio de la nueva organización intergubernamental, ratificando y socavando, en el mismo gesto, la soberanía nacional.

Dicho inciso, no debía necesariamente dar lugar a una organización de salud en el seno de la sociedad de naciones. Lo que activó el largo y accidentado proceso constituyente de la OHSN fue la respuesta por parte de la Conferencia de Cannes a la

contingencia epidémica en Europa del Este, que precipitó la emergencia de la LRCS, con el apoyo de los más destacados expertos en materia de salud pública de las Grandes Potencias Aliadas, y cuya punta de lanzamiento fue el envío de una Comisión a Polonia que resolvió que era preciso intervenir en el territorio con el apoyo de los Gobiernos, para frenar la expansión de la epidemia de tifus.

Matriz de guerra: el piojo y la lucha contra la propagación del comunismo

Y aquí llegamos a un punto importante, porque en Polonia, y más allá de Polonia, se estaba librando una batalla doble. Una batalla contra el tifus, sí, pero también una batalla contra la propagación del marxismo, de la anarquía y del bolchevismo. El significado que el tifus tuvo en la guerra civil Rusa vino amparando esta identificación. Allí, la intervención de los Aliados, más allá del apoyo militar estadounidense, fue sanitaria y humanitaria, porque el tifus era el enemigo común de los beligerantes. Enemigo que debería determinar la victoria de uno u otro. El piojo que minaba en ambos bandos la eficiencia de los ejércitos beligerantes, que masacraba indistintamente a los soldados. Aquí tenemos un vínculo entre guerra, salud y enfermedad, éstas últimas determinan la capacidad de combate, la eficiencia de la lucha de un ejército. Lenin lo tenía muy claro «o el piojo vencerá al socialismo o el socialismo vencerá al piojo». El piojo, que no entiende política, podía sin embargo ser un arma biológica, contra el contrario. En este sentido, reducir la incidencia del piojo, primero en el Ejército Blanco zarista, y posteriormente en Polonia y otros territorios adyacentes, se convirtió para los Aliados, en reducir la propagación del socialismo radical, que, como el piojo, emanaba de Rusia y se multiplicaba en la miseria y la hambruna. Combatir el hambre, en los Estados recién formados, también lo vimos, fue el mejor medio que los Aliados encontraron para luchar contra la revolución proletaria. El hambre que, como el piojo, prolifera en la miseria.

En el contexto de esta doble lucha, la gran protagonista en la institución de la OHSN fue, de nuevo, la delegación británica, que primero rechazó ofrecer financiación para la asistencia en Polonia, y posteriormente empezó a estudiar las obligaciones en materia de salud pública que imponía el Pacto, y que ella misma había contribuido a incorporar. Así, en el primer encuentro del Comité Permanente de la OIHP, fueron los delegados vinculados al Imperio Británico quienes propusieron estudiar, en base a las inscripciones aprobadas en el Pacto, las futuras relaciones de esta agencia de la que formaban parte, con las posibles acciones sanitarias de la Sociedad de Naciones.

También quienes impulsaron la Conferencia informal de julio del 1919, y la Conferencia Sanitaria Internacional —aunque de eso tuvo poco— de agosto del 1920, así como la creación de la Sección de Higiene de la Sociedad de Naciones.

El elemento que presionaba, eran sin duda los reclamos de la LRCS —y de sus eminentes expertos— de atender y detener la propagación de la epidemia de tifus a la Europa Occidental devastada por la hambruna, la guerra y la reciente epidemia de influenza. El *leitmotiv*, seguía siendo, el de las Conferencias sanitarias Internacionales del Ochocientos, proteger a Europa, y particularmente, a Europa Occidental, de la epidemia con la mínima incidencia en el libre comercio capitalista. A éste se sumó, la protección de la importación y propagación de la revolución socialista en sus diversas formas. Las negociaciones, impulsadas por el Ministerio de Salud Británico, que pivotaron en torno a la interpretación del articulado del Pacto, particularmente de los artículos 23(f), 24 y 25, dieron lugar al frustrado proyecto de absorción de la OIHP bajo la autoridad de la Sociedad de Naciones, como respuesta de cooperación ante la contingencia epidémica y política de posguerra y desde la consideración de que la OIHP, por sí misma, no disponía de financiación y capacidad ejecutiva suficientes para hacer frente a los nuevos retos.

Al fin de la Gran Guerra, tras la gran epidemia de influenza de 1918-1919 (conocida como la gripe Española) que mató aproximadamente a 15 millones de personas, el brote de tifus se desataba desde la frontera entre Polonia, y Rusia, amenazaba con expandirse al resto de los países devastados por la guerra, en los que además se temían nuevos estallidos del cólera a consecuencia de la hambruna y la destrucción de las estructuras sanitarias y traer consigo la revolución.

Por lo tanto, lo que tenemos es un vínculo directo entre el piojo, esto es, la enfermedad pestilencial del tifus, y la eficiencia de los ejércitos beligerantes en la lucha capitalismo/comunismo, y por otro, un vínculo directo, entre este mismo piojo, enemigo común, y la muerte, el hambre y la miseria que quedaban directamente asociadas, en sus consecuencias, a propagación de los ideales revolucionarios marxistas, y a expansión de las revoluciones campesinas y proletarias. Sin embargo, más allá de la relación que establecía la enfermedad pestilencial con la miseria y ésta con las revoluciones, no hay vínculo directo entre salud y paz universal. La salud de la Nación en lucha es la que permite ganar la guerra, es la que asegura la eficiencia del Ejército, pero por sí misma, la salud, que en esta época era sobre todo salud física, no llevaba directamente a la paz, o a la estabilización de los gobiernos, sólo lo hacía si la salud se convertía en elemento *mediador* capaz de la reducir y aplacar, la miseria, el hambre y la pobreza.

Interludio: la «humanización» del trabajo y la «paz universal»

Por ello lo que sí aparece directamente vinculado al «objetivo de la paz universal» en el Tratado de Versalles, acordado en el transcurso de la Guerra Civil Rusa, es el reconocimiento de que «la paz universal [...] no puede ser fundada sino sobre la base de la justicia social», que abre el preámbulo de la constitución de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), incluida en la sección XIII (artículos 387 al 399) del Tratado de Versalles. Es interesante notar, que esta organización heredera de la *Association internationale pour la protection légale des travailleurs* (AIPLT: constituida en 1901 en París y con sede en Basilea), fue la única que tuvo un carácter tripartito. Tanto el proceso constituyente de la OIT como sus órganos ejecutivos implicaron, no sólo a los gobiernos, sino también a sindicatos obreros y organizaciones de empleadores (Maul, 2020; Vázquez, 2017). En el preámbulo de la OIT encontramos una mención, no a la salud sino a la *enfermedad*, inscripta en la misión de adoptar «un régimen de trabajo realmente humano»:

Considerando que existen condiciones de trabajo que implican para gran número de personas la injusticia, la miseria y las privaciones, lo cual engendra tal descontento que la paz y la armonía universales peligran; y teniendo en cuenta que es urgente mejorar dichas condiciones, por ejemplo, en lo que respecta a la reglamentación de las horas de trabajo, al reclutamiento de la mano de obra, a la lucha contra el paro, a la garantía de un salario que asegure condiciones de existencia convenientes, a la protección de los trabajadores contra las enfermedades generales o profesionales o los accidentes resultantes del trabajo, a la protección de los niños, de los adolescentes y de las mujeres, a las pensiones de vejez y de invalidez, a la defensa de los intereses de los obreros ocupados en el extranjero, a la afirmación del principio de la libertad sindical, a la organización de la enseñanza profesional y técnica, y a otras medidas análogas.²⁸⁰

Fue la *justicia social* —y no la salud—, que exigían las organizaciones que representaron a las masas proletarias y campesinas explotadas y empobrecidas en un contexto de amenaza de expansión internacional del comunismo, la que quedó *directamente* vinculada en el Tratado de Versalles al mantenimiento de «la paz universal». Tan solo por mediación de la humanización de las *condiciones laborales*, y como medida de «cooperación internacional» centrada en frenar la contingencia epidémica y la expansión del comunismo fue activada la necesidad de adoptar «medidas de orden internacional para *prevenir y combatir las enfermedades*» (art. 23.f) que había sido incrustada para limitar el proyecto de salud pública, avanzado por la ARC. El propio Pacto de la Sociedad de Naciones revela este orden de prioridades. Éste estableció como *el primer inciso* (a) de su artículo 23, el mandato de esforzarse para desarrollar unas

²⁸⁰ Traducción del Instituto Iberoamericano de Derecho Comparado (1920).

«condiciones de trabajo equitativas y humanas», dejando para un último lugar, y tras la mención a las «regiones devastadas durante la guerra 1914-1918» la tarea de «la prevención y el combate de las enfermedades», que respondía al artículo 25 de la Cruz Roja, y en la que ancla el nacimiento de la OHSN.²⁸¹

Matriz de paz: la salud nacional y la «fuerza de trabajo»

Ahora bien, ésta es sólo una parte de la historia. Pues el significado que tenía la salud y la enfermedad en el contexto de la *guerra*, como arma biológica, como determinante de la eficiencia guerrera de los ejércitos en lucha, era distinto al que tenía en el contexto de la *paz*. Y es desde el contexto de paz, desde dónde emergió, por primera vez, la interpelación por la «mejora de la salud» de las Naciones de todo el mundo, de la mano de la *American red Cross* y de la *Rockefeller Foundation*. Este proyecto, como vimos, toma como unidad la Salud Nacional, y por ello fue limitado por el Gobierno Británico. La salud, era construida como aspecto de vital importancia para la Naciones en situación de paz, porque determinaba la capacidad de trabajo de sus poblaciones, y con ello la riqueza nacional. Lo vimos en el proyecto de desarrollo infantil de la Conferencia de Cannes, tan vinculado a la eugenesia. Una eugenesia preocupada por tres aspectos y centrada en la reproducción biológica, como no podría ser de otro modo: 1) desde el delegado de Francia, por las condiciones laborales del proletariado femenino en situación de embarazo, que entroncaban con el tropo de la justicia social y determinaba eugenésicamente la calidad del material humano que su útero producía; 2) desde el Británico, la eugenesia vinculada a su capacidad propagandística de modificar los hábitos higiénicos y morales que daban lugar a la tuberculosis, al alcoholismo y además enfermedades que repercutían en la fuerza de trabajo y la *salud física* de los infantes, asociada al mismo *tropo*; 3) desde el Estadounidense, la eugenesia en su potencial de mejora de la raza –o de la especie–, para frenar el matrimonio de los sujetos defectuosos,

²⁸¹ Recordemos. El párrafo (a) del artículo 23 establece que los miembros «se esforzarán en asegurar y mantener condiciones de trabajo equitativas y humanas para el hombre, la mujer y el niño, tanto en sus propios territorios, así como en todos los países a los que se extiendan sus relaciones de comercio y de industria, y para este fin fundarán y conservarán las necesarias organizaciones internacionales»; el (b) el compromiso de «asegurar un tratamiento equitativo a las poblaciones indígenas en los territorios sometidos a su administración»; el (c) y el (d) los actos de confiar el control general de los acuerdos relativos «a la trata de mujeres y niños, [...] al tráfico del opio y de más drogas perjudiciales» y al «comercio de armas y municiones con los países en que dicha inspección sea indispensable en interés común», respectivamente; y el (e) la adopción de disposiciones necesarias «la libertad de las comunicaciones y del tránsito, así como el trato equitativo para el comercio de todos los miembros de la Sociedad» teniendo «en cuenta las necesidades especiales de las regiones devastadas durante la guerra 1914-1918». Tan solo después de estos aparece la mención 23(f) relativa a la prevención y combate de las enfermedades.

y controlar de paso la calidad del material humano producido en los «países atrasados». Habremos de volver sobre esta cuestión en lo venidero.

Tan solo tras la II Guerra Mundial y con la constitución de las Naciones Unidas, el cuidado de la *salud* de las poblaciones de todas las Naciones del mundo hizo acto de presencia como un *medio* para alcanzar positivamente la *paz universal*, conformando así un vínculo directo e instrumental, inédito en los mecanismos intergubernamentales, entre la salud de las poblaciones y la paz internacional, vínculo sobre el que volveremos, en la medida en que éste es la innovación fundamental del movimiento de higiene mental y del tropo de la salud, ya no física, sino mental, que concierne a la producción de una determinada *subjetividad*.²⁸²

El eslabón perdido: la racionalidad eugenésica

Durante la Gran Depresión que marcó el periodo inmediatamente anterior a la II Guerra Mundial, la OHSN acabó desarrollando y defendiendo un proyecto internacionalista de medicina social que enfatizaba, y buscaba intervenir, sobre los factores políticos y sociales que determinaban la enfermedad y la expansión de las epidemias. Como vimos, éstos ya se habían hecho más que evidentes, durante su intervención en la epidemia de tifus y la hambruna en Rusia y Polonia que siguió a la I Guerra Mundial. Muy especialmente la OHSN se enfocó en la nutrición, la vivienda y las condiciones higiénicas en el trabajo. En este proceso, el hambre, cuyo potencial revolucionario había sido tan temido por los Aliados, fue medicalizada como «malnutrición». ²⁸³ Notablemente, la OHSN, en su discurrir tuvo que compartir competencias con la OIT, en la medida en que ésta se había inmiscuido en el territorio de la *enfermedad* a través de su misión de justicia social relativa al *trabajo* (Borowy, 2009; Cueto et al., 2019; Weindling, 1995b).

Es a este nódulo de *justicia social*, avanzado primero por la OIT, que significativamente recogía parte del legado de la lucha proletaria, y que fue asumido tan sólo tardíamente por la OHSN, a partir del énfasis del vínculo entre miseria, enfermedad y amenaza epidémica —del cual procede la idea de los determinantes sociales de la

²⁸² Tobin (2012), ha señalado con acierto esta cuestión del valor instrumental de la salud en la constitución de las Naciones Unidas, sin embargo, a mi parecer, lo remite de modo erróneo al precedente de la Sociedad de Naciones, sin captar que allí la relación entre la paz -o la guerra- y la salud -o la enfermedad-, no es directa y se establece sólo a través de la humanización del *trabajo* y de la respuesta contra la contingencia epidémica.

²⁸³ Sobre la medicalización del hambre, véase sobre todo el trabajo de Josep Lluís Barona (2014), *La medicalización del hambre. Economía política de la alimentación en Europa, 1918-1960*.

salud—, al que suelen remitir las genealogías e historiografías que glorifican la constitución de la OMS y del derecho humano a la salud como un hito en el marco de la medicina social europea en continuidad directa —y prácticamente exclusiva— con el trabajo desarrollado por la OHSN (Borowy, 2009; Cueto, 2020; Cueto et al., 2011, 2019; Larsen, 2022; Tobin, 2012; Weindling, 1995a, 1995b). Precisamente es también de esta aproximación de la que quiero alejarme. No porque el enfoque de la medicina social que promovió la OHSN no estuviese presente —sin duda tuvo su papel— sino porque en su exclusividad oscurece las *innovaciones fundamentales* que residen en la constitución del derecho humano a la salud, y en la definición de salud adoptada por la OMS.

El marco de análisis historiográfico que remite la génesis de la OMS esencialmente al legado de la medicina social francesa —obviando además su componente eugenésico (Cussó, 2015; Rotramel, 2010; Zylberman, 1994)— está profundamente limitado por una aproximación que sólo tiene en cuenta la influencia de las *organizaciones intergubernamentales de salud* previas a la OMS, y no las redes, instituciones filantrópicas y movimientos transnacionales que operaron simultáneamente sobre el tropo de la salud pública, y que implicaban a las mismas élites de expertos. Esto ha permitido omitir, en la mayoría de las historiografías y genealogías de la OMS, y de la OHSN, la influencia determinante que tuvieron los movimientos de raigambre eugenésica en la racionalidad de nuestro «derecho humano a la salud». Uno de los factores más relevantes que ha contribuido a este «olvido» u omisión generalizada, radica en el hecho de que efectivamente la OHSN, considerada como el precedente por excelencia de la OMS, se abstuvo de incorporar una Comisión de trabajo sobre la eugenesia y de emitir recomendaciones específicas a los Estados en esta materia (Bashford, 2010; Borowy, 2009; Weindling, 1995a).

Iris Borowy (2009), quién ha desarrollado el estudio más exhaustivo y amplio sobre los quehaceres de la OHSN, ha mostrado como la demanda por la eugenesia surgió en repetidas ocasiones. Por ejemplo, en 1924 la *Eugenics Education Society* intentó introducir el tema en la agenda de la OHSN, y en 1926 la delegación cubana propuso formalmente «ampliar [el] esquema de investigación internacional para incluir *otros* problemas de eugenesia» de conformidad «con las resoluciones adoptadas por la Asamblea [...] sobre el tema de la mortalidad infantil y la protección de los niños», el cual constituía, como vimos en la Conferencia de Cannes, un problema eugenésico, que se agudizó con el proceso de reconstrucción de Europa, donde muchos expertos temían el declive de la calidad de sus poblaciones (énfasis mío, League of Nations, 1927, p. 26). Ese mismo año, una propuesta de Uruguay que tomaba nota «de que el plan de investigación de la Conferencia Económica Internacional debe incluir un examen de los

problemas de nutrición» señalaba i«el interés que supondría complementar esta investigación con un estudio del problema desde el punto de vista de la mejora de la raza»! (*ibidem*). El Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones decidió en el caso de la propuesta de Cuba «reconociendo la importancia del problema [...] que el momento no era oportuno»: y en el caso de la propuesta de Uruguay «registró su reconocimiento del alcance y la importancia de esta investigación propuesta en el problema de la nutrición» y «decidió estudiar el tema en detalle en una de sus próximas sesiones» (*ibidem*).

Lo sorprendente es que Borowy (2009, p. 458), partiendo de estas respuestas oficiales que eran «la reacción estándar a solicitudes similares» en un momento en el que «todos los países, aunque en diferentes grados, tenían programas eugenésicos», haya concluido que «la OHSN funcionó como una barrera para la aceptación internacional de la eugenesia en el discurso respetable de la salud pública». Más bien, lo que muestran estas comunicaciones es que el proyecto de salud pública, que acabó desarrollando la OHSN, y que sin duda avanzó *El Comité of Red Cross Societies* en su conferencia de Cannes, estaba íntimamente conectado, en el imaginario y la racionalidad de la época a la eugenesia. Como viene demostrando un conjunto de trabajos más recientes, la falta de recomendaciones eugenésicas explícitas por parte de la OHSN, no implicó que ésta organización no fuera tolerante con la adopción de políticas eugenésicas en los Estados miembro, tampoco que diversos de sus representantes oficiales y expertos estudiaran los vínculos entre factores raciales y biológicos y determinadas enfermedades y comportamientos, o que los espacios de intercambio que organizaba la OHSN se convirtieran en ocasiones para intercambiar conocimientos eugenésicos (Bashford, 2010; Cussó, 2015).

En el centro de las redes internacionales a menudo excluidas de las historiografías de la OMS, por ser de carácter privado, destacó la *International Health Division de la Rockefeller Foundation* (establecida en 1913), cuya influencia nacional e internacional en materia de salud pública fue enorme (Farley, 2004). No sólo en lo relativo a las enfermedades epidémicas, la eugenesia y a su derivada alemana, la higiene racial, así como en relación con los despliegues e innovaciones traídos por el movimiento de higiene mental o por la avanzadilla interdisciplinaria en el campo de las ciencias sociales y humanas tecnocráticas, como ya vimos en capítulos anteriores.²⁸⁴ La influencia de la *Rockefeller Foundation* en la primera mitad del siglo XX fue más allá de las agendas nacionales e internacionales de investigación e intervención, también penetró el seno de

²⁸⁴ Ver Capítulos II y III.

las agencias intergubernamentales. Cuando la *Rockefeller Foundation* abandonó el proyecto en gran medida frustrado de Davison en la Cruz Roja (Hutchinson, 1995), lo hizo para financiar el pago del personal de la OHSN, que con el tiempo recogerá en gran medida el testigo del proyecto de salud pública trazado en la Conferencia de Cannes, con la ventaja de que, a diferencia de la Cruz Roja, la OHSN sí era reconocida como organización intergubernamental bajo la autoridad de la Sociedad de Naciones (Barona, 2013; Paillette, 2010; Tournès, 2014; Weindling, 1997). En el próximo capítulo, y cómo paso previo al análisis del proceso constituyente de la OMS y de las innovaciones que ésta introdujo en la esfera intergubernamental de la salud pública, trataremos de desentrañar los vínculos de comunalidad y diferencias que pueden establecerse entre la matriz hegemónica de la «eficiencia nacional» y la eugenesia, la higiene racial y la higiene mental, en tanto proyectos de salud pública.

CAPÍTULO V

INTERLUDIO. EFICIENCIA NACIONAL Y SALUD PÚBLICA, HACIA LA FABRICACIÓN CIENTÍFICA DE UNA CIUDADANÍA «APTA»

Según el relato oficial que la OMS publicó en 1958, una década después de su entrada en vigor, la innovación fundamental en el despliegue de la cooperación internacional en salud al fin de la II Guerra Mundial —a parte de la importancia de los factores políticos y sociales en la propagación de las epidemias, desarrollada en el periodo de entreguerras por la OHSN: «no fue sólo la providencia tradicional de la ciencia médica» simbolizada en el desarrollo del insecticida DDT (dicloro difenil tricloroetano) y del primer antibiótico, la penicilina. Allí, la innovación fundamental apareció acertadamente vinculada al «intrincado aparato de la guerra moderna [que] exigía cada vez más las habilidades y la resistencia mental y física de los hombres que tenían que manejarlo». Así pues, durante la II Guerra Mundial lo determinante fue que se pidió «a los científicos», no sólo que produjeran «máquinas de guerra aún más eficaces», sino también que estudiaran «los factores fisiológicos y psicológicos que influían en la *eficiencia* de sus operadores humanos» (énfasis mío, OMS, 1958, p. 37; WHO, 1958, p. 37).²⁸⁵

En esta matriz de la Eficiencia Nacional, desde la cual se desplegaron sobre el campo de la salud de las poblaciones la eugenesia, la higiene racial y la higiene mental, es dónde cabe situar el primer tropo del que emerge la definición *positiva* de salud de la OMS. La vimos presente en ambos campos, en el esfuerzo bélico de la guerra civil en Rusia contra el piojo y en las resoluciones de la Conferencia de Cannes, para los tiempos de paz. Además, en capítulos anteriores hemos visto en detalle como la higiene mental emergió vinculada a la producción de un cuerpo nacional eficiente «*La Grandeza de una Nación Depende de la Eficiencia de sus Ciudadanos*», «Una Mente Sana en un Cuerpo Sano», rezaba el eslogan de la primera exposición pública del movimiento de higiene mental (NCMH, 1913). Este eslogan inscribía la emergencia de la higiene mental como un nuevo

²⁸⁵ La traducción oficial al español sustituye el concepto de *efficiency* de la versión original inglesa (WHO, 1958, p. 37) por «productividad» (OMS, 1958, p. 37): yo he preferido realizar mi propia traducción conservando —entre otros— la traducción literal de *eficiencia*, pues es el concepto que vengo empleando y aquel que permite establecer de manera más directa el vínculo genealógico.

movimiento preventivo en salud pública, que despuntaba asimilando a su campo de acción las estrategias eugenésicas mientras empezaba a desarrollar otras propias centradas, no ya en el control y la regulación de la reproducción biológica de los individuos, sino en enseñar a las gentes a llevar una «vida correcta». En este despunte inicial su innovación estuvo centrada en formar *hábitos* capaces de modular la *actividad mental* de los individuos a fin de prevenir la ineficiencia de la «enfermedad» o el «defecto mental» y de optimizar el ajuste psicológico y social al ambiente, en un contexto de capitalismo salvaje que exigía *maximizar las capacidades mentales para maximizar el rendimiento*. Propongo ahora que nos adentremos con más profundidad en la racionalidad de la eficiencia, y para ello nos adentraremos en su contexto de emergencia.

El tropo de la eficiencia aparece intensamente en el ocaso del siglo XIX y principios del XX como un ideal anglosajón de maximización gubernamental arraigado en el proceso de industrialización, cuyo reverso negativo, aquello que se quiere combatir y eliminar es el «desperdicio» (*waste*) (Peter Miller y O'Leary, 1987; Raitt, 2006; Rose, 1985; Searle, 1971). Según Geoffrey Russell Searle (1971) el concepto de eficiencia nacional surgió en Gran Bretaña a finales del siglo XIX contra el temor del imperialismo británico ante la creciente competitividad de Alemania y EEUU, y como una solución a la incompetencia que el ejército del Imperio Británico reveló en las guerras contra los Bóeres que tuvieron lugar en Sudáfrica entre 1880 y 1901 (Guerras Bóeres, como las llamaron los británicos o *Vryheidsoorloë* Guerras de Liberación como las llamaron los Bóeres). A inicios del siglo XX, la eficiencia en Gran Bretaña era ya un *lugar común* que no diferenciaba entre posiciones políticas y penetraba en los ámbitos más diversos de la sociedad; la respuesta a todo problema pasaba, en cualquier caso, por incrementar la eficiencia. Así, un periodista afirmaba en *The Spectator* (1902) que la eficiencia nacional, o la eficiencia a secas era:

el hecho social más notable de esta época [...] hay un clamor universal por la eficiencia en todos los departamentos de la sociedad, en todos los aspectos de la vida. Oímos el clamor en todas partes y desde las personas más inesperadas. Desde el púlpito, el periódico, la campaña electoral, la sala de estar, la sala de fumadores, en la calle, se escucha el mismo grito: Dadnos la Eficiencia, o nos morimos (citado en, Searle, 1971, p. 1).

En tanto matriz de pensamiento hegemónica, la eficiencia adquirió muchas formas, desde la eficiencia nacional, la eficiencia física, la eficiencia industrial, la eficiencia doméstica, la eficiencia mental, la eficiencia personal y la eficiencia social, entre otras (Raitt, 2006). Lo que encontramos en el centro de todas estas formas es la *metáfora de la fabricación*, y la búsqueda de la maximización de un tipo de procesos autodirigidos y gobernados por el *hombre de ciencia* orientados a producir, con el mínimo desperdicio

de materia y energía, un producto, servicio o activo determinado. Por ello, esta matriz de pensamiento, inscrita en el desarrollo del capitalismo industrial, está en la base de la emergencia de las teorías del costeo estándar y la presupuestación, así como del taylorismo, que constituyen análisis racionales de los fenómenos de eficiencia y despilfarro en el empleo industrial de los recursos financieros, materiales y humanos (Peter Miller y O’Leary, 1987).

La racionalidad de la eficiencia emergió en interpenetración con el darwinismo social y el imperialismo, permitiendo legitimar —además del capacitismo, el cuerdisimo, y el heterosexismo— el extractivismo y el racismo. Por ejemplo, el sociólogo y filósofo angloirlandés Benjamin Kidd (1858-1916) en su obra *Social Evolution* (1894) definió la «eficiencia social» como aquello que legitimaba a las «razas superiores» a apropiarse de las materias primas del mundo: «lo último que nuestra civilización va a tolerar permanentemente es el desperdicio de los recursos de las regiones más ricas de la tierra debido a la falta de las cualidades elementales de eficiencia social en las razas que los poseen» (citado en, Raitt, 2006, p. 836).

Según Sheila Weiss la lógica subyacente a la eficiencia nacional fue vinculada a la eugenesia —y con ello a la salud de las poblaciones— en el punto de surgimiento de la higiene racial por Wilhelm Schallmayer (1857-1919), cofundador de la *Rassenhygiene* junto con Poeltz, en su obra *Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschheit und die Verstaatlichung des ärztlichen Standes* (Schallmayer, 1891).²⁸⁶ Esta obra fue editada por segunda vez en 1895 bajo un título ligeramente distinto: *Die drohende physische Entartung der Culturvölker* (La degeneración física amenazada de los pueblos civilizados). Como indican los títulos, la obra se enmarca en las reflexiones sobre la degeneración, la herencia y la incurabilidad en el contexto de la medicina de Estado alemana,²⁸⁷ antes de que el movimiento de higiene racial asumiese plenamente la lógica racista, es decir, cuando era esencialmente capacitista, cuerdista y heterosexista. Así pues, aunque en Alemania no se empleaba el término eficiencia nacional, Schallmayer «fue la primera persona en articular claramente la lógica tecnocrática/gerencial detrás del [...] pensamiento eugenésico en general: la idea de que el poder o la “eficiencia nacional” es esencialmente un problema en la gestión racional de la población» (Weiss, 1987a, p. 4). Lo hizo, entre otros, a partir de un análisis

²⁸⁶ La traducción del título al español sería: Sobre la amenaza de degeneración física de la humanidad civilizada y la nacionalización de la profesión médica.

²⁸⁷ Para una genealogía comparativa entre la *medicina de estado* alemana, la *medicina urbana* francesa, y la *medicina de la fuerza de trabajo* británica véase Foucault (1999b).

comparativo de coste-efectividad y coste-beneficio entre la eugenesia y la educación obligatoria recientemente instituida; esto es, a partir de un análisis *nature vs nurture*.

El estado civilizado no escatima sacrificios en su intento de asegurar el más pleno desarrollo posible de sus descendientes. El joven más frágil está agobiado por la asistencia obligatoria a la escuela. El estado hace un gran sacrificio financiero con este fin y alienta a los padres a hacer lo mismo; y con razón. Pero la atención a la selección sería más fácil y afectaría más profundamente a la progenie. Si bien la escolarización puede, de hecho, desarrollar las facultades naturales de uno [...] de ninguna manera puede compensar los rasgos mentales o físicos defectuosos [...] La perfección de las características mentales y físicas que, debido al progreso cultural se ha vuelto absolutamente esencial, no puede procurarse de mejor manera para las generaciones futuras, sino mediante la aplicación de la razón humana a la selección humana (Schallmayer, 1895, p. 10).

El periodista británico Arnold Henry White (1848-1925) fue un gran difusor del pensamiento eugenésico en el marco del imperialismo británico como estrategia de gobierno orientada a producir la eficiencia nacional (Peter Miller y O’Leary, 1987; Raitt, 2006; Rose, 1985; Searle, 1971). La propuesta de White sobre la eficiencia nacional se enmarca en el contexto imperialista de surgimiento del concepto, ante las revelaciones y desastres de las guerras Bóeres.²⁸⁸ Es importante señalar que el *marco de la guerra* era aquél que mejor podía evidenciar la eficiencia de las naciones. En pleno auge del darwinismo social las naciones en guerra eran constituidas como entidades discretas (un solo cuerpo), enfrentadas unas contra otras en la lucha por la supervivencia. Como ha señalado Rose (1985, p. 77) si a lo anterior le añadimos el imperialismo, la guerra se traduciría en «un proceso dinámico de competencia por recursos escasos, en el que los más aptos sobrevivirían y los más débiles irían a la ruina».²⁸⁹

En *Efficiency and Empire* (1901, p. 95), donde White no empleó el concepto de eugenesia, pero sí la racionalidad que le subyace, rápidamente llegó a una conclusión de capital importancia: «el primer elemento de la eficiencia es la salud». Este postulado, que centra la atención sobre la salud del cuerpo nacional como condición para ganar la guerra, estaba vinculado a la noción del *physical fitness* (aptitud física). Esta noción, que conforma —por así decirlo— el corazón del darwinismo social —*the survival of the fittest*—, la reencontraremos, más adelante, en el centro de la definición de salud de la OMS, concretamente en el borrador de Constitución empleado como base para las negociaciones durante la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York (1946).²⁹⁰

²⁸⁸ Véase *Efficiency and Empire* (White, 1901) y *Eugenics and national efficiency* (White, 1909).

²⁸⁹ Véase también: *National efficiency, military accounting and the business of war* (Funnell, 2006).

²⁹⁰ Sobre este hecho volveremos en adelante. Véase el anexo 23 «Proposals for the Constitution of the World Health Organization, as submitted to the Economic and Social Council» en WHO Interim

La reflexión de White que enmarcó el descubrimiento del vínculo directo entre eficiencia y salud se articulaba con preocupaciones incitadas por las guerras Boeres, preocupaciones salubristas típicas de la medicina urbana y vinculadas a la creciente industrialización y urbanización, y preocupaciones burguesas relativas a la pobreza y «dependencia» de los ciudadanos de la Nación Británica típicas de la medicina de la fuerza de trabajo. Su aportación radicaba en postular una crítica al manejo biopolítico del cuerpo nacional de Imperio Británico:

Desde que la mayoría de los ingleses empezaron a vivir en las calles, con todo lo que eso significa para la salud, la dependencia de su aptitud física para el pan, la defensa, los salarios y el Imperio ha aumentado en lugar de disminuir. Las ciudades crecen y los pueblos se vacían, pero nuestros gobernantes continúan adaptando la administración de un Imperio que debe crecer o morir a la *fabricación sistemática de ciudadanos enfermos* (énfasis mío). A diferencia de los Boers, creamos una máquina de combate a partir de un pequeño y cuidadosamente elegido *corps d'élite*. El mantenimiento de los intereses británicos no podría haberse confiado a hombres tomados al azar de las grandes ciudades. Era tal el vigor de la población masculina del Transvaal que contemplaban sin emoción un encuentro con la flor del ejército británico. Una disputa entre dos naciones, una de las cuales vive principalmente al aire libre, y la otra principalmente en calles y casas de vecindad, sugiere reconsiderar nuestra propia actitud hacia los inaptos (Arnold White, 1901, pp. 95-96).

White prosiguió su reflexión sobre la *fabricación sistemática de ciudadanos* en uno de los primeros artículos publicados en *The Eugenics review* que tituló *Eugenics and national efficiency* (1909). Allí definió la eficiencia nacional como «la suma de condiciones espirituales, mentales y materiales, cada una de las cuales afecta, sin que ninguna determine por sí sola, el destino nacional». Estos tres factores –el espiritual o moral, el mental y el material– estaban todos ellos presentes en «las armadas y los ejércitos [que] no son ni mejores ni peores que las naciones que los producen» (White, 1909, p. 105). La constatación biopolítica sobre la que White quería llamar la atención era el hecho de que El Imperio Británico no había trasladado la lógica británica de fabricación «de los mejores caballos, guisantes de olor, espuelas de caballero, bulldogs y carne de res» a la producción «de nuestra propia raza». Ahora bien, esta constatación, sobre la cual operaba la *Eugenics Education Society*, y de la cual se consideraba que «parte del remedio es la esterilización de los no aptos» planteaba, para White (1909, p. 107) una pregunta de capital importancia:

Commission. (1947f). *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*, New York, World Health Organization.

¿quiénes son los no aptos y qué es la esterilización? Son necesarias respuestas razonables a estas preguntas antes de que la acción sea posible: de lo contrario, podemos esterilizar a los aptos. ¿Quiénes, entonces, son los no aptos?

White conceptualizó la inaptitud (*unfitness*) como una *cuestión de grado*, ya que esto le permitía reconocer el valor social de las pequeñas inadaptaciones *psíquicas* con las que él mismo se sentía identificado. Esta cuestión es importante porque señala que *el problema* de la correcta identificación de las personas «inaptas» no residía en la dimensión física del dualismo cartesiano —dónde la metáfora del cuerpo máquina operaba a la perfección— sino en la dimensión *mental* o espiritual del alma.

El trabajo del mundo lo realizan principalmente las personas irritables, sanguíneas, nerviosas, resueltas y con gran poder de conducción, no aquellos hombres y mujeres cuya maquinaria física es perfecta y cuyas almas flotan en un marco perfecto. Cada alma humana honesta consigo misma sabe que cada uno de nosotros está en cierta medida entre los Inadaptados (Arnold White, 1909, p. 108).

Esta posición permitió a White (1909, p. 108) criticar «la tiranía médica que extirparía los criaderos de *degeneración mental* sacrificando al por mayor la libertad personal [...], no porque sea estúpida, sino porque no es práctica», y situar el frente de lucha contra los inadaptados que para él eran los verdaderos enemigos públicos: «tan peligrosos para el Estado como para justificar la extinción, la segregación o cualquier tratamiento que habilite a la mayoría saludable a defenderse eficazmente contra los ataques de los semi-locos [*semi-insane*]» (énfasis mío).

Para White (1909, p. 108) lo notable era que ¡El Estado «subsida la locura»! mientras —a su manera— ya «esteriliza» a los asesinos (en la horca) y al resto de delincuentes durante largo tiempo (segregación en la prisión), lo cual sólo convertía a éstos últimos en un problema de «fecundidad tóxica» sólo cuando eran liberados a la comunidad y existían «hembras dispuestas a compartir [con ellos] sus vidas». Su propuesta para incrementar la eficiencia nacional defendía fundamentalmente el mantenimiento de la pena de muerte, el encierro permanente, la ley y la educación matrimonial, y la «educación física militar» (para hombres y mujeres). Y era especialmente incisiva contra las personas locas en la medida en que potencialmente podían ser devueltas a las comunidades. White, apoyó sus tesis en varios ejemplos cuyas protagonistas eran *mujeres* —centro de ataque del control reproductivo— que habían dado a luz «descendencia degenerada». El primero decía así:

Dos mujeres, pacientes de uno de nuestros mayores asilos, sufrieron en doce ocasiones manía posparto. Doce veces fueron dadas de alta del asilo como curadas. Doce veces nació un bebé en el asilo empapado en el veneno de la influencia prenatal y condenado a transmitir legados de dolor y tormento a las generaciones venideras. ¿Podría algún método de conducir los asuntos humanos ser más fatuo? (Arnold White, 1909, p. 108).

La *eugenesia* fue la estrategia más extrema para incrementar la eficiencia nacional (Peter Miller y O’Leary, 1987; Rose, 1985), especialmente en su forma alemana que estuvo plenamente fusionada con el racismo, y con el antisemitismo, el cual se vio propulsado, tanto en Alemania como en Rusia, con las medidas desplegadas para combatir la epidemia de tifus que siguió a la I Guerra Mundial, que derivaron en la identificación del pueblo judío con las hordas de piojos (Burkart, 2022; Weindling, 2000a). La matriz de eugenesia operó mediante una *metáfora quirúrgica* que buscaba *extirpar* del cuerpo nacional a los sujetos *ineficientes* o racialmente *indeseables*, fundamentalmente a través del control reproductivo, pero también del asesinato (eutanasia forzada y holocausto) como demostró el caso del Tercer Reich.

Por su parte, la *higiene mental*, partiendo de esta misma racionalidad y compartiendo inicialmente estrategias con la eugenesia —que no llegó nunca abandonar—, innovó en la administración científica del cuerpo nacional en lo que remite a la *actividad mental*, la *conducta*, y la *personalidad*, centrándose en la maximización del ajuste eficiente al «ambiente» esto es, al orden social capitalista, patriarcal y colonial, de *todos* los sujetos sociales. La higiene mental, partiendo de la definición evolucionista de la salud meyeriana, en la cual la salud equivalía a la adaptación al «orden social existente», centró su foco inicial en la *eficiencia mental* y, de ahí pasó a la *eficiencia social*, ambas de carácter relativo, en la medida en que operaron sobre la *interacción* entre el individuo y el ambiente que le venía dado.

Como vimos en capítulos anteriores, la higiene mental partió del sujeto de la locura, y muy temprano se desplazó al sujeto delincuente, y de éste al sujeto del defecto mental, todos ellos objetos de intervención compartidos con la eugenesia. No obstante, de ahí saltó al sujeto del trabajo y al sujeto militar, y a partir de su intervención en la familia y en la escuela desarrolló una *biopolítica de las prácticas de crianza* dirigida a toda la infancia que, a diferencia de la eugenesia, se centraba en la dimensión del *nurture* y no del *nature* (reproducción biológica). Esto la llevó a asimilar a su campo de intervención fundamentalmente las prácticas de maternidad y de enseñanza, y con ello a constituir a las madres y a las esposas, a los maestros y maestras, y en menor medida a los padres, así como al campo íntegro de las relaciones humanas entre estos actores, en objetos de intervención experta en lo que remite al campo de la subjetividad y de la intersubjetividad. En la década de los años 30 cuando este expansivo despliegue de objetos de intervención ya había tenido lugar, y se empezaba a fraguar la investigación interdisciplinaria en torno al tropo de las relaciones humanas, la higiene mental hizo aparecer en el plano internacional la noción de *salud positiva* en la que arraiga la definición de la OMS, deudora de la matriz de la eficiencia Nacional. Así lo evidencia el

discurso presidencial con el que William A. White dio apertura al *First International Congress on Mental Hygiene* el 6 de mayo de 1930, que estuvo centrado en esta innovación sin precedentes:

[...] la higiene mental ha desarrollado un aspecto positivo que pretende ser justo, a mi modo de ver, su característica sobresaliente en el curso de su desarrollo futuro. Los problemas de las enfermedades contagiosas, infecciosas y epidémicas, si bien no se han resuelto todos, están todos ellos en proceso de solución junto con muchos otros, y su resultado neto es que la duración media de la vida se ha incrementado considerablemente. Obviamente, se vuelve cada vez más importante que estas vidas que van a continuar durante tantos años más proporcionen cierta comodidad a sus poseedores y tengan algún *valor social*. Solo por este motivo, la higiene mental es más importante que nunca, y se puede ver que su importancia *está cambiando gradualmente de una simple prevención de enfermedades mentales, que es un programa negativo, a la actitud positiva de encontrar formas y medios para que las personas vivan sus vidas de la mejor manera posible*. La medicina ha mantenido durante mucho tiempo como ideales la ausencia de enfermedades y la postergación de la muerte. Es hora de que estos sean reemplazados por ideales de vida, por logros creativos reales. El *arte de vivir* debe reemplazar la evitación de la muerte como objetivo principal, y si alguna vez logra reemplazarlo en algún grado notable, encontraremos que hemos logrado evitar la muerte mejor que los antiguos métodos que tenían ese objetivo particular como su meta principal. *La salud es un concepto positivo, no negativo*. Este cambio en el significado de la deseabilidad de la salud que ha traído el punto de vista de la higiene mental es un asunto de suma importancia (énfasis mío, William A. White, 1930, p. 80).

En su contexto de emergencia esta definición positiva de la salud (mental) no hizo más que señalar el desplazamiento de un enfoque preventivo centrado en la minimización del *sujeto de la ineficiencia* –prevención de la locura, la delincuencia o el defecto mental– a un enfoque productivo centrado en la producción del *sujeto normal*, y la constitución de su mente, de su personalidad y de su modo de conducirse en la vida, en un objeto de intervención experta orientado a la maximización de la eficiencia nacional. En esta línea Nikolas Rose (1985, p. 159) pudo decir que la higiene mental «fue constituida como un atributo de la población que debe maximizarse y la enfermedad mental como fuente de ineficiencia [que] debe minimizarse, para que la sociedad pueda funcionar con su máxima eficiencia». En lo fundamental estoy de acuerdo con esta interpretación, salvo en una cuestión. El atributo a maximizar no fue la «higiene mental» sino la «salud mental», en la medida en que la primera pertenece al campo de las *técnicas* o los *medios*, y la segunda (la salud mental) al campo de los *objetos* o *atributos*, individuales y nacionales a maximizar.

En 1931 Ray Lyman Wilbur (1875-1949), por entonces Secretario de Interior de los EEUU publicó un artículo titulado *Mental health as a national problem*. En él, tras argumentar que el «comportamiento humano en masa determina nuestros éxitos o nuestros fracasos como nación», reflexionó principalmente sobre tres cuestiones; las crecientes demandas de eficiencia mental en relación al progreso industrial y a la

especialización laboral; la ciudadanía democrática en las sociedades modernas; y el problema de la prevención de la locura, la criminalidad y del defecto mental (Wilbur, 1931, p. 994). En conjunto todos estos problemas desembocaban en la necesidad de trabajar y esforzarse para incrementar la «salud mental de la Nación», en tanto su «activo máspreciado» (Wilbur, 1931, p. 996). Como en el caso de William A. White la cuestión del *valor de los individuos* era un aspecto determinante.

La conciencia, la voluntad y la personalidad desafían toda comprensión precisa. Son parte de esa niebla de misterio y misticismo que impregna a todo ser humano. Cubrimos nuestra ignorancia con palabras grandilocuentes y con explicaciones que son en gran parte descriptivas. Por supuesto, sabemos mucho sobre nosotros mismos y sobre los demás, pero cuando pensamos en la salud mental de la nación, nos impresiona la variabilidad del material humano y los sucesos accidentales que pueden determinar el nacimiento, el crecimiento y el valor de cualquier individuo particular (Wilbur, 1931, p. 994).

La reflexión de Wilbur (1931, p. 996), que no contemplaba el exterminio y renegaba de «la cría controlada de humanos», partía del reconocimiento de que con respecto a la herencia es poco lo que se puede hacer una vez que la vida ha comenzado. La gran pregunta que la nación debía hacerse y lanzar hacia el futuro respecto a su propia salud mental era, para Wilbur: «¿Qué tipo de personas debemos ser desde el punto de vista de la mente y del comportamiento?». Wilbur tenía clara una línea de respuesta que formaba parte del sentido común de su época y era compartida por higienistas mentales y científicos sociales. Por un lado, la psiquiatría y la higiene mental debían adquirir mayores recursos y convertirse en elementos centrales de la medicina preventiva; además, los ciudadanos y ciudadanas debían entrenarse en los saberes y técnicas psiquiátricas y de la higiene mental; así mismo, debían emplearse los métodos de selección (test mentales) y orientación profesional para que cada quién encontrara su *niche* en la sociedad moderna crecientemente compleja, pues la felicidad y «tener algo que hacer» iban de la mano, del mismo modo que el fracaso en alcanzar el nivel de desempeño promedio era «la fuente más fértil de infelicidad» (Wilbur, 1931, p. 996). Por el otro, con respecto a los atributos a desarrollar, esto es, al *tipo de personas a producir*, Wilbur tenía claro que el éxito de la «democracia exige al menos una mayoría de ciudadanos competentes que se mantengan a sí mismos con hábitos ordenados y cooperativos y con mentes equilibradas y templadas» (Wilbur, 1931, p. 995). Ahora bien, en la medida en que la variabilidad en términos de capacidades mentales de los individuos debe ser amplia para satisfacer las demandas de trabajo humano, la norma anterior que debía acatar el grueso de la población mediante el tropo de la *autosuficiencia*, el *equilibrio mental*, la *moralidad* y la *cooperación*, no impedía que

«nuestra estructura social» deba «proveer siempre una gran cantidad de cerebros de capacidad inferior o muy moderada, mientras que al mismo tiempo debemos tratar con los de arriba y los que tienen una capacidad extraordinaria que raya en la genialidad» (Wilbur, 1931, p. 995).

Sin duda, como vimos anteriormente, esta racionalidad de administración científica de la sociedad fue llevada a la hipérbole por Aldous Huxley en *Un mundo feliz*. Dónde la fabricación sistemática de una gama jerarquizada de seres humanos operaba mediante las técnicas de la eugenesia, la sugestión y el condicionamiento, entre otras, a fin de satisfacer las demandas de división y especialización del trabajo en una sociedad fordista, de consumo y totalitaria. En la cúspide, los *alfas* y sus subordinados las *betas*, por debajo de estos a nivel de capacidad mental e inteligencia los *gammas*, los *deltas* y los *épsilon*, y más allá del Estado-mundo feliz de Ford, en la reserva de Malpaís, los *salvajes* y sus administradores.

En cualquier caso, el consenso democrático en el que se inscribía la aportación de Wilbur respecto al trabajo de producción y administración de lo humano característico de la higiene mental, que a diferencia de la eugenesia —trascendiéndola o complementándola— debía operar principalmente sobre el *nurture*, residía en que la higiene mental, cuya idiosincrasia radicaba en las técnicas de *modulación* o *modelamiento* de las capacidades, personalidades y comportamientos, debían ser puestas a funcionar en el seno de todas las instituciones sociales:

La prevención de las condiciones mentales se remonta a la organización industrial, la planificación urbana, el manejo de las escuelas, el nivel de vida, la santidad del hogar y otros cien mecanismos sociales. La salud mental de una nación depende de la fibra cerebral de su gente. Si estuviéramos manejando una cuestión de este tipo para los animales, intentaríamos dominarla mediante la cría controlada. Cuán amargas tendrán que ser las lecciones antes de que aprendamos a reconocer las condiciones humanas de esta manera, nadie puede decirlo. En resumen, sugeriría que la salud mental de una nación es su mayor activo (Wilbur, 1931, p. 996).

CAPÍTULO VI

DE LA II GUERRA MUNDIAL Y LA CONSTITUCIÓN DEL «DERECHO HUMANO» A LA SALUD (MENTAL)

Con las demás ciencias humanas, la psiquiatría debe ahora decidir cuál será el futuro inmediato de la raza humana. Nadie más puede. Y esta es la principal responsabilidad de la psiquiatría.
Brock Chisholm, primer Director General de la OMS, 1945.

Fin de la II Guerra Mundial. Estados Unidos ha lanzado la bomba atómica en Hiroshima y Nagasaki, y con ello, no sólo se ha consolidado como la primera potencia mundial, sino que también ha demostrado la capacidad de destrucción prácticamente ilimitada de las nuevas máquinas de guerra que han derivado de la física atómica. Una amenaza de destrucción total, sin fronteras, capaz de acabar con la vida humana en la tierra, se cierne sobre «la conciencia de la humanidad», ante la naciente Guerra Fría entre dos modelos de organización social en disputa que —en sus múltiples variantes— van a dividir durante largo tiempo el nuevo orden geopolítico mundial: capitalismo o comunismo.

Los preparativos en torno a la victoria incluyeron la Conferencia de Dumbarton Oaks (1944), en la que las grandes potencias Aliadas negociaron los fundamentos de una nueva organización intergubernamental —las Naciones Unidas— que esta vez no podría fallar en garantizar una paz universal duradera, o si menos, en evitar una potencial III Guerra Mundial. Como vimos, el acuerdo inicial al que llegaron Estados Unidos, el Imperio Británico y la Unión Soviética durante la primera fase de las negociaciones, que incluía excluir de los fundamentos de la nueva organización internacional cualquier mención a «la raza, el género, la religión o a los pueblos indígenas en las posesiones coloniales», fue subvertido durante la Conferencia de San Francisco, gracias a la única mención a unos potenciales «derechos humanos» que China —la única potencia Aliada

no blanca que había reivindicado sin éxito la inclusión de la «igualdad racial»— consiguió incorporar en el acuerdo de Dumbarton Oaks²⁹¹ (Lauren, 2013, p. 173).

La Carta de las Naciones Unidas (1945) —dijimos— consolidó el reconocimiento del primer derecho humano, el derecho a la no discriminación «por motivos de raza, sexo, idioma o religión» (Art. 1, 13, 55, 76). Un derecho todavía vacío de contenido, en la medida en que el contenido de los futuros derechos humanos quedó pendiente de ser establecido por una Comisión que debería nombrar el futuro Consejo Económico y Social. En este capítulo centraré el análisis en el surgimiento y la racionalidad del segundo derecho humano formulado por las Naciones Unidas, el cual se adelantó al trabajo de la Comisión de Derechos Humanos —que dio lugar a la DUDH— sobre la cual había sido depositada la responsabilidad de formularlos.²⁹²

Contra todo antecedente en el derecho internacional y en la tradición de los derechos naturales, el segundo derecho humano formulado por las NU fue el «derecho humano al goce del grado máximo de salud» (Tobin, 2012), entendida ésta, no sólo «como la ausencia de afecciones o enfermedades», sino como «un estado de completo bienestar, físico, mental y social», que consagró la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo borrador oficial para las negociaciones que tuvieron lugar en la Conferencia Sanitaria de Nueva York, fue elaborado por una Comisión Técnica Preparatoria compuesta por hombres expertos en «salud pública» y entrenados en la medicina occidental.²⁹³ Un derecho que adquirió carácter vinculante con la entrada en vigor en 1976 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), eso sí, perdiendo su dimensión explícitamente social y en tanto «derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud *física y mental*» (art. 12) (Chirwa, 2003; Learly, 1994; Riedel, 2009; Tobin, 2012; Toebe, 1999).

En este capítulo analizaremos el surgimiento de este derecho humano, no a la asistencia médica en caso de enfermedad o a la protección contra las enfermedades, sino a la «salud» positiva, y comprobaremos que procede de las innovaciones y descubrimientos a los que llegó el movimiento de higiene mental partiendo de una racionalidad eugenésica. Así podremos desentrañar la paradoja democrática que lo constituye, pues el derecho humano a la salud (mental), ha estado históricamente en contradicción, con el derecho humano más fundamental, el derecho a la no

²⁹¹ The United Nations Dumbarton Oaks Proposals for a General International Organization, to be the subject of the United Nations Conference at San Francisco, April 25, 1945. (1944).

²⁹² Estas cuestiones han sido tratadas con mayor detalle en el Preludio.

²⁹³ WHO Interim Commission. (1947f). *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization.

discriminación. En el Capítulo VII veremos, de hecho, como la «salud mental», y más particularmente la *dimensión mental del binarismo cartesiano* de la que venía ocupándose históricamente la psiquiatría, acabe por inscribir un estado de excepción (Agamben, 2019) en el régimen de los derechos humanos, que permita ponerlos en suspenso por atribución de enfermedad, discapacidad o deficiencia *mental* y, con ello, exponer a determinados cuerpos desposeídos de existencia política a regímenes medicalizados de violencia impune.

Nos aproximaremos genealógicamente a la constitución histórica del derecho humano a la salud y a la definición ilimitada de salud de la OMS, valiéndonos de los análisis anteriores, y añadiendo a éstos tres series de acontecimientos consecutivos e imbricadas; el proceso de incorporación de la mención a la salud en la Carta de las Naciones Unidas; el proceso constituyente de la OMS y del derecho humano a la salud y, finalmente el proyecto de producción de lo humano —y de lo infrahumano— con el cual la «salud mental» irrumpió en el dominio de lo intergubernamental para ponerse a operar sobre el cuerpo de la «ciudadanía mundial».

La incorporación de la salud en la Carta de las Naciones Unidas

El nacimiento de la OMS no estaba previsto en el acuerdo de *Dumbarton Oaks* que sirvió de base para las negociaciones sobre la nueva organización internacional que habría de reemplazar a la Sociedad de Naciones. Las *Proposals for the Establishment of a General International Organization* (Propuestas para la creación de una Organización Internacional General), no contenían ni una sola mención a la salud, pero sí establecieron como principales finalidades de la futura organización «mantener la paz y la seguridad internacionales», «fomentar las relaciones amistosas entre las naciones» y «realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social y [...] humanitario» (Capítulo 1, Arts. 1-3).²⁹⁴

La mención a la cooperación internacional para la resolución de los problemas *económicos, sociales y humanitarios* es muestra del consenso al que llegaron las democracias capitalistas tras la II Guerra Mundial, en torno a la necesidad estratégica de reformarse incorporando algunas de las demandas democráticas de *justicia social* que clamaban por un *nuevo trato* duradero como condición de posibilidad para evitar una III Guerra Mundial. Una necesidad de reforma que ya vimos aparecer tras la I

²⁹⁴ The United Nations Dumbarton Oaks Proposals for a General International Organization, to be the subject of the United Nations Conference at San Francisco, April 25, 1945. (1944).

Guerra Mundial, a través de la promoción de la «humanización de las condiciones de trabajo» y el nacimiento de la OIT a partir del Tratado de Versalles, y las campañas de socorro humanitario contra el tifus y la hambruna, cuyos objetivos velados eran los de combatir la propagación de las revoluciones socialistas.

La necesidad de reforma del capitalismo se vino agudizando con el colapso económico que trajo la Gran Depresión, el horror y la destrucción alcanzados en la II Guerra Mundial y, ante todo, la consolidación de la URSS como potencia líder de un proyecto mundial de internacionalización del comunismo, ante los incipientes procesos de descolonización, hasta el punto de constituirse en un *imperativo estratégico* que las democracias liberales debían desplegar para garantizar la supervivencia de sus mercados libres en pleno tránsito a una sociedad de consumo. Este imperativo está en la base del desarrollo del *Welfare State* —y de la hegemonía de las políticas económicas Keynesianas de postguerra— cuyo nacimiento quedó paradigmáticamente simbolizado en el Informe de Beveridge (1942) elaborado para el Imperio Británico,²⁹⁵ se refleja en el acuerdo de Dumbarton Oaks, y será consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El inciso sobre la *salud* que garantizó el nacimiento de la OMS fue incrustado en la Carta de las Naciones Unidas durante las negociaciones que tuvieron lugar en la Conferencia de San Francisco, en el espacio dedicado a la «cooperación internacional para la resolución de problemas», que fue ampliado de los órdenes de lo *económico*, lo *social* y lo *humanitario* para incorporar también los órdenes de lo *sanitario*, lo *cultural* y lo *educativo*.²⁹⁶ La incorporación de este inciso derivó de un plan ideado por expertos en salud pública cuya finalidad era la de constituir una *única* organización intergubernamental de salud. Dicho plan hunde sus raíces en el intento fallido de absorción de la *Office International d'Hygiène Publique* bajo la autoridad de la Sociedad de Naciones, y en los problemas a los que había dado lugar la existencia de dos organizaciones intergubernamentales de salud durante el periodo de entreguerras, que se habían agudizado en la II Guerra Mundial (Borowy, 2009; Burke, 2017; Cueto et al., 2019; Larsen, 2022).

La narrativa oficial que la OMS publicó sobre sí misma una década después de su entrada en vigor nos servirá para situar dos importantes desplazamientos en la

²⁹⁵ Beveridge, William H. (1942). *The Beveridge Report, Social Insurance and Allied Services, Report by Sir. William Beveridge*. London, HSMO. El informe fue elaborado por orden del *Committee on Reconstruction Problems of the House of Commons* (Comité de Problemas de Reconstrucción de la Cámara de los Comunes) y en él participaron múltiples expertos de diversas áreas, si bien sólo se le permitió firmarlo a Beveridge.

²⁹⁶ Véase la Carta de las Naciones Unidas (1945), arts. 13b, 55, 57 y 62.

naturaleza del vínculo entre los binomios «salud/enfermedad» y «paz/guerra» acontecidos en el intervalo entre la I y la II Guerra Mundial, que subyacen a la incorporación del inciso sobre la salud. Recordemos que según la OMS el segundo periodo crítico en la evolución de la salud pública internacional aconteció durante la II Guerra Mundial. Éste no sólo remitía a los avances en la neutralización de las enfermedades infecciosas con el descubrimiento de la penicilina y el DDT a la avanzadilla, sino que también radicaba en el estudio científico de los «factores fisiológicos y psicológicos» implicados en la *eficiencia* de los «operadores humanos» que tuvieron que manejar las sofisticadas máquinas de matar de la II Guerra Mundial; esto es, un despliegue de guerra directamente conectado con la higiene industrial, la fuerza de trabajo y la eficiencia nacional (WHO, 1958, p. 27). Por el contrario, el «tercer período crítico» en la evolución de la salud pública internacional, aquel que nos interesa ahora, fue situado por la OMS en un desplazamiento que se hizo patente durante la Conferencia de San Francisco, desvinculado de la eficiencia de las naciones en guerra y en conexión directa con el proyecto de establecimiento de una paz universal.

El tercer periodo crítico en la evolución de la salud pública internacional se produjo, por tanto, en un momento en que los gobiernos y los pueblos del mundo no sólo estaban animados por la voluntad de reconstruir la paz mundial sobre bases firmes, sino que también confiaban en que la ciencia les proporcionaría los medios para lograrlo (WHO, 1958, pp. 37-38).²⁹⁷

El ideal tecnocrático de administración científica de la sociedad, expresado en la idea de que la ciencia debía constituirse en un *medio* para el logro de la paz universal, según la OMS «estaba presente en la mente» de quienes asistieron a la Conferencia de San Francisco y quedó paradigmáticamente formulado «en un memorando presentado por la Delegación Brasileña en el que se citaba una declaración» del por entonces Arzobispo Spellman: «“La medicina es uno de los pilares de la paz”» (WHO, 1958, p. 38). Fue este memorándum el que condujo a la inclusión del primer inciso «sanitario» (*health*) en el artículo 55 de la Carta de las Naciones Unidas:

²⁹⁷ He optado por realizar mis propias traducciones y no emplear la traducción oficial al español, dado que ésta modifica sustancialmente el contenido. Por ejemplo, en la versión en español del mismo documento, se eliminó la idea de un «tercer periodo crítico», compárense las siguientes oraciones. «*The third critical period in the evolution of international public health therefore came at a time when the governments and peoples of the world were not only animated by the will to rebuild world peace on firm foundations, but also confident that science would provide them with the means to do so.*» (WHO, 1958, pp. 37-38)/ «La evolución de las actividades internacionales en materia de salud pública entró, por consiguiente, en una nueva fase crítica cuando los gobiernos y los pueblos, animados por el deseo de reconstruir la paz mundial sobre bases sólidas, buscaban al propio tiempo en los recursos de la ciencia los instrumentos necesarios para alcanzar ese fin.» (OMS, 1958, p. 38).

Artículo 55

Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá:

- a. niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social;
- b. La solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario (*health*), y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y
- c. el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades.

El artículo 55, como vemos, consagró ya el modelo del *Welfare State* que quedará cristalizado en la DUDH. No obstante lo que más nos interesa analizar es el valor instrumental que los Estados otorgaron mediante éste a las —nacientes— ciencias de *salud*, y a la *salud* en sí misma, para el fin de «asegurar relaciones pacíficas y amistosas entre los Estados», pues fue esta racionalidad instrumental medios-fines, la que propició el nacimiento de la OMS, una cuestión clave que ha sido notada por John Tobin (2012, p. 27), pero a mi modo de ver no adecuadamente analizada. A continuación, desplegaremos un análisis que pretende abordar las mutaciones radicales que subyacen en lo relativo a valor *instrumental* que se otorga a la «salud» para el mantenimiento de las «relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones», entre la I y la II Guerra Mundial, entre la Sociedad de Naciones y las Naciones Unidas. Existen, en este sentido, dos nódulos, dos desplazamientos, dos giros radicales que nos interesa evidenciar y que es preciso analizar separadamente, en función de su *procedencia*.

El primero de estos nódulos, de estos desplazamientos en la relación entre salud/enfermedad y paz/guerra, fue el que dio un impulso decisivo al proceso constituyente de la OMS en sus primeras fases. Provino de quienes trabajaron principalmente la dimensión *corpórea*, física u orgánica de la salud durante el periodo de entreguerras, de quienes enfatizaron el vínculo entre la propagación de las enfermedades infecciosas con la nutrición, las condiciones de vivienda, los factores económicos y sociales. Entronca con el salto sin precedentes que implicaron los nuevos productos de lucha contra las enfermedades infecciosas, la penicilina, el DDT, las vacunas, etc. Será desde esta línea, desde dónde se producirá una transformación capital en la economía política de la paz, y es a través de ella que el primer inciso sobre la salud —el del artículo 55— fue incrustado en la Carta de las Naciones Unidas.

La salud física, y el memorando presentado por la Delegación Brasileña en la Conferencia de San Francisco

El memorando presentado por la Delegación Brasileña, fue el resultado de un proceso que venía cociéndose de lejos, y que en el plano microsocial de la Conferencia de San Francisco, resultó de una «comida médica» informal en la que participaron los únicos tres expertos en salud pública que asistían en calidad de delegados de sus Naciones, todos ellos formados en la medicina occidental y parte de la élite internacional de la salud pública: el Dr. Szeming Sze (1908-1998) delegado de China, el Dr. Geraldo de Paula Souza (1889-1951), delegado de Brasil, y el Dr. Karl Evang (1902-1981) de Noruega. Dado que el Comité Directivo de la Conferencia, había pedido a las delegaciones que no presentarán más resoluciones, esto médicos desarrollaron la estrategia de presentar un memorando a través de la Delegación de Brasil, encabezada por de Paula Souza (Borowy, 2009; Cueto et al., 2019; Farley, 2008; Larsen, 2022; Sze, 1988; Tobin, 2012).

Para que nos hagamos una idea de la élite intelectual e internacional a la que pertenecían estos expertos consideremos el currículum del Dr. de Paula Souza, el miembro de la Delegación Brasileña. Éste se había especializado en Salud Pública en la *Johns Hopkins University* (1918-1920); había sido bolsista de la *Rockefeller Foundation*; había servido como técnico de la Sección de Higiene de la Sociedad de Naciones (1927-1929): y por entonces era Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de la *Universidade de São Paulo*, dirigía el Instituto de Higiene del *Serviço Sanitário do Estado* —desde dónde hizo mucho por implementar la llamada higiene rural— y, desde 1943 era vicepresidente de la *American Public Health Association* (Rodrigues, 2008).

Según Sze, la idea de crear una organización sanitaria bajo la autoridad de la Sociedad de Naciones aconteció de modo «muy accidental» (Sze, 1988, p. 30), pero este relato es engañoso y ha sido desmentido (Borowy, 2009; Cueto et al., 2019; Larsen, 2022). Dicha idea tenía una larga trayectoria, y venía siendo meticulosamente elaborada al menos desde 1943 por varios de los líderes y exlíderes de la OHSN, entre ellos Ludwik Rajchman, Yves Biraud (1900-1965) y Raymond Gautier (1885-1957), una cuestión que retomaremos más adelante.²⁹⁸

²⁹⁸ Véase, Rajchman, Ludwik. (1943). Why Not? A United Nations Health Service. *Free World*, September, 1943; Biraud, Yves. (1944). Suggestions for the Post-War Amalgamation of International Health Institutions, 25 October, 1944. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation (R6150/8A/42169/41755)*. League of

En el momento de la Conferencia de San Francisco prácticamente todos los actores antes mencionados estaban trabajando para la *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA: Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas). A propuesta de Franklin Roosevelt, ésta fue la primera organización creada por las Naciones Unidas, cuyo objetivo explícito radicaba en «planear, coordinar, administrar o disponer la provisión de medidas para el socorro de las víctimas de la guerra en cualquier zona bajo el control de cualquiera de las Naciones Unidas, mediante el suministro de alimentos, combustible, vestido, abrigo y otros artículos de primera necesidad, servicios médicos y otros servicios esenciales» (Art. 1.2.a); y cuyo documento fundacional fue firmado por 44 naciones en la Casa Blanca el 9 de noviembre de 1943, antes incluso del inicio de la Conferencia de Dumbarton Oaks.²⁹⁹ UNRRA, que nació como otra iniciativa humanitaria estadounidense orientada a impulsar su agenda ideológica y alcanzar sus objetivos geoestratégicos (Sharpe, 2012), pronto transmutó en el mayor organismo humanitario y sanitario existente hasta la fecha, con una financiación inmensamente mayor a la que nunca tuvo disponible la OHSN. Por ejemplo, en 1946 UNRRA gastó 82 millones de dólares cuando la suma mayor anual de la que había dispuesto la OHSN fueron 414.000 dólares (Borowy, 2009, p. 433). Desde 1945, la UNRRA aunque era una organización de carácter provisional, asumió las atribuciones de la OIHP sobre la aplicación de las Convenciones Sanitarias Internacionales, y consagró las actividades sanitarias como una de sus responsabilidades más urgentes y fundamentales (Cueto et al., 2019, pp. 31-33; Howard-Jones, 1981, pp. 469-470).

El memorando que presentó la Delegación Brasileña el 14 de mayo del 1945 al Comité III sobre la Cooperación Económica y Social, se titulaba *International Health Agency* (Agencia Internacional de Salud) y tenía como propósito no sólo que «se incluyera la palabra “salud” en la Carta, sino también [...] la inclusión específica de la creación de una agencia sanitaria internacional». ³⁰⁰ Dicho propósito trasladaba el «consenso de opinión entre las autoridades de salud pública consultadas [...] de que sería deseable una

Nations. United Nations Library & Archives Geneva; Gautier, Raymond. (1944). *International Health of the Future*, 15 March, 1944. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation (R6150/8A/42169/41755)*. League of Nations. United Nations Library & Archives Geneva.

²⁹⁹ United States of America Department of State. (1945). *Agreement for United Nations Relief and Rehabilitation Administration*, November 9, 1943. En *Toward the Peace Documents* (pp. 9-13).

³⁰⁰ Commission II General Assembly. (1945). *International Health Agency, Memorandum Submitted by the Brazilian Delegation*, May 14, 1945, Doc. 385 (English). En *Documents de la Conférence des Nations Unies sur l'Organisation Internationale San Francisco, 1945 / Documents of the United Nations Conference on International Organization San Francisco, 1945: Vol. X (pp. 107-111)*. The Library of Congress & United Nations Information Organizations, p. 111.

única organización mundial de la salud» (énfasis mío).³⁰¹ Un deseo que, como sabemos, arraigaba en la conflictiva coexistencia de la OIHP y la OHSN durante el periodo de entreguerras y que había sido inicialmente impulsado por Rajchman, Biraud y Gautier.

A fin de convencer a los miembros del Comité III, el memorando desplegaba una serie de argumentos entre los cuales encontramos muchas continuidades con la racionalidad que subyace a la emergencia del régimen internacional de salud tras la I Guerra Mundial, pero también un importante desplazamiento. La inscripción del argumentario en la dimensión *corpórea* de la salud, por oposición a la *mental*, del *alma* o *espiritual*, es evidente a lo largo de todo el documento. Especialmente en la síntesis de los *logros* tecnológicos alcanzados en materia de salud pública durante el periodo de entreguerras de la mano de las organizaciones internacionales o regionales existentes hasta la fecha: que estuvo centrada en destacar las nuevas herramientas de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Esta perspectiva, en términos de racionalidad, no es nueva, ya vimos como la defensa (europea) contra las enfermedades «exóticas» fue el nódulo del que nació la cooperación intergubernamental en salud pública, nódulo intrínsecamente vinculado al establecimiento de las condiciones necesarias para la expansión global del comercio capitalista y sus dinámicas de extractivismo. Por ello, el memorando no olvidó mencionar los avances que habían traído aparejados, en términos de comercio y de extractivismo, las nuevas técnicas de lucha desarrolladas contra las enfermedades infecciosas:

Las fuerzas de la vida moderna obligan a los pueblos civilizados a penetrar en las zonas salvajes más remotas en busca de materias primas. A principios de siglo, los trópicos, como Panamá, representaban un desafío para el hombre, una amenaza constante para quienes se aventuraran a recorrerlos. La humanidad ha aprendido no sólo a vivir en tales condiciones, sino también a librarse de la amenaza gracias a la bendición de la investigación científica. Brasil, con gran parte de su territorio situado en regiones tropicales, ha pagado un pesado tributo a las epidemias, sólo comparable a sus esfuerzos por redimir al país de tales males, tanto para su propio beneficio como para el de la comunidad de naciones. Sus grandes prestamistas de salud del pasado, Ribas y Oswaldo Cruz, han demostrado cómo un país exportador de enfermedades, una amenaza constante para el mundo, puede transformarse en uno que ofrece las mejores garantías para el comercio. En nuestros días, Brasil está a la cabeza en procedimientos de salud pública, erradicando vectores de enfermedades. En once de sus veintiún estados la fiebre amarilla no puede desarrollarse como resultado de la completa desaparición del mosquito que la transmite. En dos años a partir de ahora todo el país estará cubierto por ese programa de erradicación. Hace cinco años no se creía en aquellos que estaban convencidos de tal posibilidad y tenían la audacia de formular tales objetivos.³⁰²

³⁰¹ Ibidem, p. 109.

³⁰² Ibidem, pp. 110-111.

Como era de esperar, el argumentario también incluía apelaciones a la —tensa— articulación entre la dimensión internacional de la salud pública y el principio de soberanía nacional, un problema de sobras conocido. En este sentido, lo más interesante es que el texto identifica un emergente espacio de salud pública, no de carácter mundial, sino *global*; que es el espacio que se ha consolidado en nuestros días, con el movimiento de la *Global (Mental) Health* (Lovell et al., 2019; Mills y Fernando, 2014).

Ninguna autoridad de salud pública competente, sin embargo, soñaría con una “Organización Internacional de la Salud actuando como una especie de superdictador sobre las actividades nacionales”. La salud pública es ante todo una preocupación nacional, pero ningún país puede asumir por sí solo la carga de esa tarea a menos que una salud pública global, como centro de intercambio de información, trabaje para toda la comunidad de naciones.³⁰³

No faltaron tampoco menciones al enfoque de la «medicina social» que vino desplegando la OHSN desde la Gran Depresión y que redundó, entre otros, en la medicalización del hambre y la pobreza. De hecho, la salud, lo social y lo económico presentaban para la delegación Brasileña una relación bidireccional. «Brasil cree firmemente que la salud pública no es sólo el resultado de mejores condiciones sociales y económicas, sino que la salud pública allana el camino para mejores condiciones sociales y económicas»: la «medicina social» junto con «la salud pública son la esencia misma de lo mejor que la medicina puede ofrecer para el entendimiento común y el bienestar». ³⁰⁴

No obstante, la cuestión verdaderamente novedosa que estaba aconteciendo en lo que concierne a la racionalidad de la economía política de la salud en tiempos de paz, iba más allá del extractivismo de los recursos, del comercio libre de epidemias, o de las bendiciones del nuevo enfoque de la medicina social, mientras imbricaba con todos ellos. La «salud» estaba naciendo como *mercancía*, y como mercancía inscribió un impulso decisivo al proceso constituyente de la OMS.

Se suele decir que la salud es comprable, y que las condiciones sociales y económicas determinan la situación del mercado sanitario. Existe un mercado sanitario nacional, que no es de nuestra incumbencia inmediata, pero no hay que olvidar que el mercado sanitario internacional, es del que depende estrechamente del primero. La única manera de conseguir mejoras en la situación sanitaria nacional es aportar a los distintos países ayuda de naturaleza internacional. Esta labor fue iniciada por instituciones privadas como la *Rockefeller Foundation*, y fue seguida inmediatamente por la *Pan American Sanitary Bureau* y la *Health Section of the League of Nations*.³⁰⁵

³⁰³ Ibidem, p. 108.

³⁰⁴ Ibidem, p. 111.

³⁰⁵ Ibidem, p. 109.

La salud física, la mayor mercancía del mundo

Quienes participaron en la constitución de la OMS tenían este reciente descubrimiento en mente: la salud es un *objeto de consumo* y de comercio de primer orden, por lo que resulta imprescindible una agencia internacional capaz de estandarizar y regular el régimen de saber-poder que posibilitará la operatividad del naciente *mercado global* de la salud: taxonomías, profesiones, tecnologías de verificación y diagnóstico, procedimientos, maquinarias, productos farmacéuticos etc. todos ellos habrán de estar regulados.

Le importancia de este naciente mercado global de la salud, se hace evidente en múltiples documentos vinculados a las fases más iniciales del proceso constituyente de la OMS, antes de que nadie se hubiese aventurado a formular un «derecho humano a la salud». El primer documento detectado que lo constata proviene de Rajchman, interesantemente, el líder incuestionable de la medicina social de entreguerras y de la OHSN, hasta su resignación forzada como Director Médico de la Sección de Higiene el 29 de enero del 1939 (Borowy, 2009; Cueto et al., 2019). Pongámonos en situación. Durante el auge de los fascismos Rajchman había sido tachado de «comunista» y «pro-soviético» por su política sanitaria de izquierdas —la medicina social—, y la emboscada contra él se agudizó durante la Guerra Civil Española, cuando manifestó simpatía por las izquierdas republicanas y antifascistas que luchaban contra el bando franquista, mientras la Sociedad de Naciones

se mantenía neutral, capitulaba ante la derecha o se dejaba cautivar por las prioridades de la política exterior británico-francesa en apoyo del apaciguamiento de Múnich. Rajchman perdió incluso el apoyo de su país “de origen” a medida que el gobierno polaco se iba derechizando [...] Su eliminación como jefe de la Sección de Higiene formaba parte de una “purga” general de elementos percibidos como izquierdistas en la Secretaría de la Sociedad [...] Aunque todavía tuviera apoyo en la dirección de la Fundación Rockefeller, después de 1938 ya no había más fondos Rockefeller a su disposición para administrar. A Rajchman no le quedaba otra opción que marcharse, y optó por hacerlo con elegancia (Cueto et al., 2019, p. 31).

En septiembre del 1943 Rajchman publicó un relevante artículo en defensa de la creación de una única Organización Internacional de Salud, bajo la autoridad de la Sociedad de Naciones. Éste precede temporalmente a la constitución oficial de UNRRA, al memorando de la Delegación Brasileña, y a sus antecedentes. Esto es, las propuestas de creación de una única organización internacional de salud³⁰⁶ que circularon por las

³⁰⁶ Véase, Biraud, Yves. (1944). Suggestions for the Post-War Amalgamation of International Health Institutions, 25 October, 1944. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health*

élites de la salud pública internacional, y que fueron creadas desde el seno de la OHSN, por Biraud, miembro de la Sección de Higiene desde 1926, y Gautier, desde 1939 Director Médico en reemplazo de Rajchman: los dos únicos oficiales médicos que permanecieron en Ginebra dirigiendo el trabajo de la Sección de Higiene a partir de 1942, mientras las OIHP empezaba a operar bajo la autoridad Nazi del Régimen Frances de Vichy, y la OHSN, aunque oficialmente «neutral», efectivamente se vinculaba al bando de los Aliados (Borowy, 2009, pp. 34-71; Cueto et al., 2019, pp. 31-61).

A diferencia de Biraud y Gautier, quienes movilizaron sus ideas en círculos privados o de forma confidencial, Rajchman había escogido un medio público de gran envergadura para exponer las suyas: la revista mensual *Free World* (1941–1946) que venía siendo editada por Louis Dolivet (1908-1989) y sacaba sus tiradas en inglés, francés, español y chino. Ésta era el principal medio de comunicación —junto con la *Free World Radio*— de la *International Free World Association*, una organización militante fundada en Washington (1941), que aunaba a élites intelectuales internacionalistas de las fuerzas democráticas liberales antifascistas que habían apoyado a los Aliados en la II Guerra Mundial —entre quienes figuraban muchos exiliados y exiliadas—, y cuyo propósito fundamental fue el de defender la creación de las Naciones Unidas como sucesora de la fallida Sociedad de Naciones. Entre sus miembros más destacados encontramos a ilustres de las ciencias, las artes y la política cuyos nombres han trascendido hasta nuestros días: desde Albert Einstein (1879-1955), Thomas Mann (1875-1955) o Dorothy Thompson (1893-1961), la única mujer ilustre que mencionan los documentos, hasta la autoridad más prominente de su época, Henry Wallace (1888-1965), por entonces Vicepresidente de los Estados Unidos.³⁰⁷

Organizations - Suggestions for post-war amalgamation (R6150/8A/42169/41755). Ligue of Nations, United Nations Library & Archives Geneva y; Gautier, Raymond. (1944). *International Health of the Future*, 15 March, 1944. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation (R6150/8A/42169/41755)*. League of Nations. United Nations Library & Archives Geneva.

³⁰⁷ Durante la guerra la *Free World* publicó panfletos de propaganda sobre las formas de resistencia antifascista, a fin de mostrar «cómo están organizados los movimientos Clandestinos, cómo se comunican entre sí, cómo están socavando la dominación del Eje y acelerando la invasión aliada», véase: Free World Association. (1942). *How the Underground Fights Back*. *Free World*, p. 2. Entre sus miembros ilustres también figuraban Carlo Sforza, Norman Angell, Lin Yutang, Eduard Benes, Max Lerner, Clark M. Eichelberger, Edgar A. Moowrer, Eduard Bennes, Jhon Gunther, Fiorello La Guardia. T. V. Soong, Clarence Streit y Raymond Gram Swing. Véase: *Pittsburgh Post-Gazette*. (1941). *Foes of Hitler Launch New Magazine: Notables on Staff Of "Free World" Uphold Justice*, 18 September; Free World Association. (1942). *How the Underground Fights Back*. *Free World*; Wallace, Henry A. (1942). *The Price of Free World Victory, an address before the Free World Association, New York City, May 8, 1942, with some comments by Raymond Clapper, Major G. Eliot, Raimond Gramm Swing and Dorothy Thompson*. L. B Fischer & The Free World Association.

La publicación de Rajchman (1943), llegó bajo el título *Why not? A United Nations Health Service* (¿Por qué no? Un Servicio de Salud de las Naciones Unidas) y su párrafo inicial, nos bastará para situar el argumento central que desplegó para convencer a la audiencia internacional de que era precisa una única organización internacional de salud bajo la autoridad de la naciente Sociedad de Naciones, un descubrimiento que tendrá importantes implicaciones en el apoyo a la creación de la OMS por parte de los EEUU: «LA SALUD es la mayor mercancía del mundo. Hay en la tierra algo más de dos mil millones de “consumidores”» (Rajchman, 1943, p. 216). Para entender el vínculo entre la medicina social que Rajchman lideró y la constitución de la salud como mercancía, y de los cuerpos consumidores como productores de riqueza en sí mismos, es preciso complementar la constatación que Rajchman quiso hacer llegar al naciente *Free World*, con un fragmento del informe del *Committee on Education and Labor* para el Senado de los EEUU, para ello cabe antes que situemos la cuestión.

El memorando de la Delegación Brasileña había sido complementado el 26 de mayo del 1945 con una Declaración presentada conjuntamente por las Delegaciones de Brasil y China recomendando la pronta convocatoria de una «Conferencia General encargada de establecer una organización sanitaria internacional»,³⁰⁸ la cual fue aprobada unánimemente por la Conferencia de San Francisco, y quedó en manos de la futura Asamblea General (OMS, 1958, p. 38). Por otro lado, la absorción de todas las organizaciones intergubernamentales precedentes de salud quedó garantizada en el Artículo 57.1 de la carta, según el cual «los distintos organismos especializados establecidos por acuerdos intergubernamentales, que tengan amplias atribuciones internacionales definidas en sus estatutos, y relativas a materias de carácter económico, social, cultural, educativo, sanitario, y otras conexas, serán vinculados con la Organización».

Apenas una semana después de que la Conferencia de San Francisco concluyera con la firma de la Carta de las Naciones Unidas el 26 de junio del 1945, el Senador Claude Pepper (1900-1989) de Florida introdujo en el Congreso de los Estados Unidos una Resolución Conjunta del Senado y la Cámara de Representantes de los EEUU *Relative to the formation of an International Health Organization* (S. J. Res. 89, 79th Cong., 1st

³⁰⁸ Joint Declaration by the Delegations of Brazil and China Regarding International Health Organization, May 26, 1945. En Documents de la Conférence des Nations Unies sur l'Organisation Internationale San Francisco, 1945 / Documents of the United Nations Conference on International Organization San Francisco, 1945. The Library of Congress & United Nations Information Organizations.

sess.) que fue aprobada por unanimidad el 17 de diciembre del 1945, apenas dos semanas después de la entrada en vigor de la Carta de las Naciones Unidas.³⁰⁹

RESOLUCIÓN CONJUNTA Relativa a la formación de una Organización Internacional de la Salud.

Considerando que la peste, la enfermedad, la malnutrición y la muerte que de ellas se derivan no conocen fronteras; y
Considerando que los acuciantes problemas sanitarios y médico-sociales del mundo continuarán en los años venideros; y
Considerando que la salud es esencial para el bienestar, el progreso y la prosperidad de las naciones y para las relaciones amistosas entre ellas; y
Considerando que la reconstrucción de los servicios sanitarios nacionales e internacionales y la solución de los problemas sanitarios constituyen una contribución significativa a la paz mundial; y
Considerando que en la actualidad no existe ninguna organización sanitaria internacional que pueda coordinar eficazmente los programas y organizaciones nacionales e internacionales; y
Considerando que la Conferencia de las Naciones Unidas en San Francisco adoptó una recomendación para convocar una conferencia que redacte los estatutos de una Organización Internacional de la Salud: Por lo tanto,

*Resuélvase por el Senado y la Cámara de Representantes de los Estados Unidos de América en el Congreso reunido, Que debe convocarse rápidamente dicha conferencia y formarse cuanto antes una Organización Internacional de la Salud como baluarte indispensable de las Naciones Unidas, y que por la presente se autoriza al Presidente, en nombre del Gobierno de los Estados Unidos, a tomar medidas inmediatas para acelerar la convocatoria de dicha conferencia y la formación de dicha organización.*³¹⁰

Ésta fue la resolución que, tras la mediación del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, dio lugar a la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York del 1946 que fundó la OMS. Como vemos, centra el foco de la atención en las enfermedades infecciosas, y en ella, la salud aparece conceptualizada desde la perspectiva de la medicina social que venía desarrollándose en los últimos años. Al igual que en la Carta, el vínculo entre la salud, el progreso, el bienestar, la paz y las relaciones amistosas entre las naciones es el que se hace visible como elemento legitimador. La matriz menos visible que une todos estos tropos la encontramos en un fragmento del estudio presentado por Mr. Smith del *Committee on Education and Labor* que acompañaba a dicha resolución instando a que se adoptara lo antes posible:

SALUD MUNDIAL Y PROSPERIDAD DE ESTADOS UNIDOS

³⁰⁹United States Senate. (1945b). 79th Congress, 1st Session, S. J. Res. 89, Joint Resolution Relative to the formation of an International Health Organization, by Mr. Pepper, Mr. Wagner, Mr. Murray, Mr. Capper, Mr. Ball, and Mr. Smith States, August 1, 1945. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation* (R6150/8A/42169/41755). Ligue of Nations, United Nations Library & Archives Geneva.

³¹⁰ Ibidem.

La mejora de la salud mundial aumentará nuestros mercados. Grandes zonas del mundo, asoladas por la pobreza y las enfermedades, no pueden adquirir nuestros productos. Con nuestra capacidad productiva tremendamente expandida, nuestro comercio de exportación tiene una importante relación con una economía estable en casa. Los registros de nuestro comercio de exportación muestran que los países con un nivel de vida relativamente alto compran la mayoría de nuestros productos. Si el resto del mundo sigue sumido en la insalubridad y la pobreza extrema, nuestra propia economía se resentirá.³¹¹

Este fragmento resulta muy elocuente y añade una capa más a la importancia económica que implicó, y que continúa implicando, el *welfare* de una parte de la población mundial, que no de toda, para el mercado global de la salud. Esto es, la constitución de una porción de la ciudadanía lo suficientemente acomodada como para constituirse en *consumidora* de salud, ya sea a través de la compra privada de productos y servicios o de la compra colectiva por vía de los impuestos estatales. Revela así el vínculo productivo entre la «medicina social», el Estado de Bienestar, y la matriz capitalista que desembocará en la constitución del «derecho humano a la salud».

A mediados de los 70, ante el incipiente despliegue del neoliberalismo, Foucault constataba el nacimiento de la salud como objeto de consumo, partiendo de un análisis enraizado, no en el proceso constituyente de la OMS y del derecho humano a la salud, sino en el Informe Beveridge. Casualmente realizó dicho análisis para las conferencias que impartió en Brasil, concretamente en el Instituto de Medicina Social de la *Universidade do Estado da Guanabara* (actual *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*), en octubre del 1974. Allí afirmó que a partir de los años 40 del siglo XX la «salud» fue constituida en un «objeto de consumo, que puede ser producido por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumido por otros – los enfermos potenciales o reales», con ello, había adquirido una nueva importancia económica que radicaba en su capacidad de producir directamente riqueza (Foucault, 2018, p. 180). Este momento, dijo Foucault, marcaba la segunda entrada del *cuerpo* en el mercado. La primera vez, según él, aconteció a través de la emergencia del «asalariado» con la venta de la «fuerza de trabajo» (Foucault, 2018, p. 180). Algo que deberíamos matizar, pues el cuerpo asalariado constituyó más bien la *segunda* entrada, aquélla que seguía a la del *cuerpo esclavizado*, propiedad de su amo. La transición a la modernidad pasó así de la venta del cuerpo en sí mismo en las Colonias, un cuerpo racializado, bestializado, deshumanizado y desgenerizado (Santiago Castro et al., 2007; Grosfoguel, 2016;

³¹¹ United States Senate. (1945a). United States Senate, 79th Congress, 1st Session, Formation of an International Health Organization, Report to accompany S. J. Res 89, submitted by Mr. Smith of New Jersey, from the Committee on Education and Labor. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation (R6150/8A/42169/41755)*. Ligue of Nations, United Nations Library & Archives Geneva, p. 2.

Lugones, 2007, 2016); a la venta de la fuerza de trabajo del cuerpo campesino, pobre, blanco y masculino en las metrópolis, la cual, en los inicios fue percibida —ya lo vimos— como una nueva forma de esclavitud (Federici, 2010; Macpherson, 2005). En cualquier caso, Foucault tenía razón, ésta otra vez —la tercera— que vemos impulsar en el proceso constituyente de la OMS, introdujo el cuerpo en el mercado a través del consumo y «por intermedio de la salud» (Foucault, 2018, p. 180).

La expansión del *Welfare State* en lo relativo al derecho a la salud, como también señaló Foucault en su momento, lejos de reducir las desigualdades, como aventuraba la Delegación Brasileña, las aumentó. La salud, construida como una necesidad y un deseo para unos y como un lucro para otros, convertida en «objeto de consumo» dio lugar, «a varios fenómenos» que causaban «disfunciones en el sistema de salud y de la medicina» de los Estados del Bienestar en los años 70; y que continúan, sin lugar a dudas, más exacerbados en nuestro mundo contemporáneo:

la igualación del consumo médico que se esperaba del seguro social se adulteró en favor de un sistema que tiende cada vez más a restablecer las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte que caracterizaban a la sociedad del siglo XIX. Hoy, el derecho a la salud igual para todos pasa por un engranaje que lo convierte en una desigualdad. Se plantea a los médicos el siguiente problema: ¿cuál es el destino del financiamiento social de la medicina, el lucro derivado de la salud? [...] La remuneración que reciben los médicos, por importante que sea en ciertos países, no representa nada en los beneficios económicos derivados de la enfermedad y la salud. Los que realmente obtienen el mayor lucro de la salud son las grandes empresas farmacéuticas. En efecto, la industria farmacéutica está sostenida por el financiamiento colectivo de la salud y la enfermedad, por mediación de las instituciones del seguro social que obtienen fondos de las personas que obligatoriamente deben protegerse contra las enfermedades [...] los médicos conocen perfectamente [esta situación]. Estos profesionales se dan cada vez más cuenta de que se están convirtiendo en intermediarios casi automáticamente entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir, en simple distribuidores de medicamentos (Foucault, 2018, pp. 181-182).

A estas desigualdades, internas a lo que queda del Estado de Bienestar allí dónde lo hay, habría que añadir —entre otras— las desigualdades globales que operan en el dividendo Norte y Sur, y que son sistemáticamente producidas por la relación recursiva entre la desposesión generalizada de los recursos naturales y el empobrecimiento de las poblaciones del Sur Global y la acumulación de capital por parte de las grandes transnacionales que va aparejada de la promoción del consumo masificado en el Norte Global.

Este dividendo modula también, como ya mencionamos, las dinámicas del mercado global de la salud, monopolio de las Grandes Industrias Farmacéuticas. Las prioridades que guían la investigación de las enfermedades, los puntos de corte dimensionales y las categorías discretas que delimitan lo normal de lo patológico, el tipo de medicamentos y servicios que se producen y sus dianas, están todos ellos mediatizados por las lógicas del

mercado: la valoración del coste-beneficio, las patentes, la capacidad de compra de los Estados o de los individuos afectados, las lógicas del márketing, la tendencia a la producción de fármacos de cronificación y consumo continuado vs. a los curación y el consumo puntual, y un largo etcétera. Éste dispositivo afecta tanto a la dimensión física como a la dimensión mental de la salud, siendo que en éste último caso el negocio es especialmente fructífero por lo que tiene de arbitrario la distinción entre lo normal y lo patológico, y porque supone una gestión biopolítica del sufrimiento psíquico que el mismo sistema neoliberal produce (Amrith, 2006; Balaguer y Blanch, 2018; Caponi, 2012a; Davar, 2014; Gøtzsche, 2013; Lovell et al., 2019; Mills, 2014; Moncrieff, 2001; Moynihan y Henry, 2006; Payer, 1992; Tiefer, 2006; Whitaker, 2010).

Paz universal y plasticidad de la naturaleza humana

Ahora bien, el proyecto de la OMS fue mucho más allá de responder a la necesidad de producir las condiciones de posibilidad para el mercado global de la salud, y penetró también, a través de la dimensión mental del dualismo cartesiano, y de la alianza entre la psiquiatría y las ciencias sociales y humanas, en los procesos de producción de la naturaleza humana que habrían de garantizar una ciudadanía mundial correctamente ajustada al orden social cambiante que se avecinaba, despolitizada y pacificada. Ha llegado el momento de que empecemos a abordar la segunda innovación, en términos de racionalidad, que subyace a la emergencia del derecho humano a la salud (mental) y que implica una relación sin precedentes en la naturaleza del vínculo entre la salud y la enfermedad y la paz y la guerra mundial.

A ésta nos aproximamos ya en los capítulos precedentes, especialmente en aquel dedicado a las líneas de desarrollo de la higiene mental, que culminaron a inicios de los años 30, tras la generalización del *child guidance movement*, con los primeros enfoques interdisciplinarios en las ciencias sociales y humanas, entorno a la naturaleza humana y los modos de modularla a fin de producir personalidades ajustadas al orden social capitalista y patriarcal, y además, colaborativas, autosuficientes, eficientes y felices. Es preciso ahora que retomemos esa línea de análisis.³¹²

Con la entrada de Estados Unidos a la II Guerra Mundial, muchos de los miembros del *Yale Institute of Human Relations* acabaron implicados en el esfuerzo de guerra. Los ocho autores y colaboradores de *Frustration and Aggression* (Dollard et al., 1939), trabajaron para servicios gubernamentales tales como el Ejército, las Fuerzas Aéreas, la

³¹² Ver Capítulo III.

Marina, el Departamento de Guerra, la Oficina de Servicios Estratégicos y el Comité de Investigación de Defensa Nacional (Capshaw, 1999). El director del Instituto, Marc May, trabajó como consultor científico del Departamento de Guerra y, en continuidad con la reflexión iniciada en *Frustration and Aggression* acerca de las causas de la guerra, publicó en una investigación titulada *A Social Psychology of War and Peace* (1943), que fue impresa en tres ocasiones hasta marzo de 1948. El libro, que empleaba la teoría neoconductista del aprendizaje de Hull, el trabajo de Orval Hobart Mowrer sobre la ansiedad,³¹³ y la hipótesis de la frustración-agresión, en el ocaso de la II Guerra Mundial se examinaba cómo lograr una paz universal y permanente partiendo de las siguientes preguntas:

¿Es la guerra un resultado inevitable de la naturaleza humana o resulta de la forma en que se entrena a las personas a sentir y pensar sobre sí mismas y sobre los demás?
¿Qué tipos de condicionamiento social son más favorables para la guerra y la paz?
¿Qué actitudes sociales deben cambiarse y qué ideas deben prevalecer universalmente para lograr la paz y hacerla permanente? (May, 1943, p. vii).

Como era de esperar May concluyó que «la guerra y la paz son básica y fundamentalmente producto del tipo de condicionamiento social que ha ocurrido en largas masas de personas de las naciones líderes del mundo», atribuyendo la responsabilidad de las guerras a los procesos de modulación de las personalidades humanas a gran escala (May, 1943, p. vii). Para él, los fundamentos psicológicos de la paz radicaban en la manera en que los humanos aprenden a odiar, a luchar y a escapar, a amar, a defenderse y a seguir a líderes. En las raíces de la guerra se encontraban por tanto las formas de modulación de la naturaleza humana, los hábitos, las creencias y las actitudes de los individuos.

La obra de May fue tan sólo una de las pioneras. En los años 40 y 50, ante la debacle de dos guerras mundiales experimentadas por una misma generación, las ciencias sociales anglosajonas produjeron un importante volumen de literatura psicologicista que, partiendo de la interrogación en torno a la naturaleza humana, investigaban mediante qué mecanismos y tecnologías de producción de subjetividades podría producirse una paz universal duradera. Entre ellas destacaron: *Drives Toward War* (Tolman, 1942), *Human Nature and Enduring Peace* (Murphy, 1945), *Tensions that Cause War* (Cantril, 1950), *Tensions Affecting International Understanding* (Klineberg, 1950), *Psychological Factors of Peace and War* (Pear, 1950), y *Towards a*

³¹³ Esta constituye una reinterpretación de una tesis freudiana en clave neoconductista. Véase *A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent* (Mowrer, 1939).

Science of Peace (Lentz, 1955).³¹⁴ Evidentemente esta racionalidad tecnocrática que operaba entorno al descubrimiento de la plasticidad humana, y que formaba parte del sentido común de la época, entro a formar parte del proceso constituyente de las Naciones Unidas.

El 5 de abril de 1945, apenas dos semanas antes la apertura oficial de la Conferencia de San Francisco, y ante la expectación mundial y los deseos y demandas dispares que esta convocaba, la *American Psychological Association* decidió hacer pública su mirada científica oficial mediante una declaración titulada *Human Nature and Peace: Statement by Psychologists* (Naturaleza Humana y Paz: Declaración de Psicólogos). Ésta había sido elaborada por un Comité que incluía a Mark May, a Gordon Allport, Gardner Murphy, Richard Stanley Crutchfield, Horace B. English, Edna Frances Heidbreder, Ernest Hilgard, Otto Klineberg, Rensis Likert, D. H. Mowrer, Carroll C. Pratt, William S. Taylor, y Edward C. Tolman; doce hombres y una mujer. La firmaron alrededor de 2.000 psicólogos y psicólogas (van Eck, 2015, p. 292).

Partiendo de un lugar de enunciación fundamentado en la experticia psicológica sobre «la naturaleza humana», la declaración de la *American Psychological Association* proponía un conjunto de principios básicos que deberían ser considerados en la planificación mundial de la paz, y cuya negación traería nuevas guerras. Entre éstos, el primero afirmaba que la guerra podía ser evitada, y el segundo cual era la prioridad en el programa de «ingeniería social» que debería implementarse. Ambos principios, beben del trabajo desarrollado por el *Yale Institute of Human Relations* que cristalizó en la hipótesis de la frustración-agresión, en la que convergía el conductismo, el psicoanálisis, las ciencias sociales funcionalistas y el enfoque de personalidad y cultura, y son una primera muestra de hacia dónde estaba desembocando el proyecto tecnocrático de pacificación mundial tras la II Guerra Mundial en lo relativo a las ciencias humanas y la salud mental.

1. *La guerra no nace en los hombres; es construida en los hombres.* Ninguna raza, nación o grupo social es inevitablemente belicista. Las frustraciones y los intereses en conflicto que yacen en la raíz de las guerras agresivas pueden reducirse y redirigirse mediante la ingeniería social. Los hombres pueden realizar sus ambiciones en el marco de la cooperación humana y pueden dirigir sus agresiones contra los obstáculos naturales que les impiden alcanzar sus objetivos.

2. *En la planificación para la paz permanente, la generación venidera debe ser el foco principal de atención.* Los niños son plásticos; aceptarán fácilmente símbolos de unidad y una forma de pensar internacional en la que se minimicen los males del imperialismo, los prejuicios, la inseguridad y la ignorancia. Al apelar a las personas mayores, se debe poner énfasis principal en los planes económicos, políticos y educativos que sean

³¹⁴ Para investigación panorámica sobre el asunto véase la tesis de Henriette van Eck (2015), *Peace psychologists: Determining the critical contributions*.

apropiados para una nueva generación, ya que las personas mayores, por regla general, desean por encima de todo mejores condiciones y oportunidades para sus hijos.³¹⁵

Vemos como desde esta perspectiva la mejora efectiva de las condiciones sociales y políticas de «los mayores» queda en un segundo plano, en favor de la modulación de la personalidad de los recién llegados a través de las prácticas pedagógicas y de crianza, un descubrimiento que fue avanzado por el eclecticismo del movimiento de higiene mental en su repliegue sobre la infancia, y que redundó en un programa de «ingeniería social» orientado a extirpar de la naturaleza humana las frustraciones individuales y los males cosechados en los procesos de socialización, que socaban el internacionalismo y la democracia —el imperialismo, los prejuicios raciales, el autoritarismo, etc.— y que de no ser erradicados conducirían a otra guerra mundial con una capacidad de destrucción sin precedentes.

En el fondo de esta concepción, la guerra es, ante todo, creada mediante la biopolítica de las prácticas de crianza y clamada posteriormente por las masas de cuerpos individuales que son empleadas para ejecutarla, morir o malvivir en su despliegue de destrucción. Puede sin duda afirmarse que esta visión era por entonces hegemónica en la izquierda progresista de las ciencias humanas y sociales que se producían en Estados Unidos, en la que también participaban multitud de intelectuales en situación de exilio político, muchos de ellos y ellas, vinculados a la diáspora psicoanalítica que tuvo lugar con la toma de poder del Nacionalsocialismo.

Personalidad, cultura y crianza: la alianza entre la psiquiatría y las ciencias sociales y humanas que posibilitó la higiene mental

El concepto de «ingeniería social», no era una particularidad de la comunidad psicológica, fue un producto del giro transdisciplinar y era ampliamente empleado por quienes estaban vinculados al enfoque de personalidad y cultura (Meyerowitz, 2010). La ingeniería social constituye, así un desplazamiento de la «ingeniería humana» previamente clamada por conductistas e higienistas mentales. De ella vimos nacer el *Yale Institute of Human Relations* (Angell, 1929), punta de lanzamiento del giro interdisciplinar tecnocrático y ecléctico de las ciencias sociales y humanas hacia una «ciencia unificada sobre el hombre», al que contribuyó notablemente la Fundación Rockefeller (Bryson, 2015; Bulmer y Bulmer, 1981; Fisher, 1993; Theresa Richardson y

³¹⁵ La declaración completa se puede consultar en *Human nature and enduring peace* (Murphy, 1945, pp. 455-477) y en *Peace psychologists: Determining the critical contributions* (van Eck, 2015, pp. 292-294).

Fisher, 1999b). Fue desde este Instituto desde donde el antropólogo Edward Sapir, estudiante de Boas y padre del enfoque de personalidad y cultura, partiendo de su estrecha relación con el psiquiatra Harry Stack Sullivan, empezó a llamar reiteradamente a la colaboración entre la antropología cultural y la psiquiatría (Sapir, 1932, 1937, 1938). El enfoque de personalidad y cultura, al igual que la higiene mental, nunca repudió «por completo el bando de la “naturaleza” en el debate *nature/nurture*» (Meyerowitz, 2010, p. 1061). Se fundamentó en la constatación de la *plasticidad humana*, un descubrimiento que heredó del *child guidance movement*, acontecido una década antes. Como Margaret Mead (1935, p. 208) afirmó en su momento de mayor apoyo al determinismo cultural y antes de que la *mental health* penetrara todo su trabajo:

Nos vemos obligados a concluir que la naturaleza humana es increíblemente maleable, respondiendo de forma precisa y contrastada a condiciones culturales opuestas. Las diferencias entre individuos que pertenecen a culturas diferentes, al igual que las diferencias entre individuos dentro de una misma cultura, se deben casi enteramente a diferencias de condicionamiento, especialmente durante la primera infancia, y la forma en que este condicionamiento está determinado culturalmente.

Meyerowitz (2010) ha demostrado como la confluencia entre la antropología cultural y la psiquiatría a la que llamó Sapir, conformó la tensión inherente al enfoque de personalidad y cultura: por un lado asentado en el *relativismo cultural*, que permitía concebir a todas las culturas como igualmente valiosas, y por el otro inserto en la tradición psiquiátrica y psicoanalista de lo anormal y lo patológico, que proporcionaba una retórica estratégica para establecer juicios de valor en torno a lo bueno y lo malo de unas determinadas prácticas de crianza en la producción de las personalidades, requisito imprescindible para poder prescribir programas de «ingeniería social». También ha demostrado como el énfasis en el juicio de valor y la prescripción de programas de ingeniería social —a aplicar en diversas culturas y nacionalidades—, en detrimento del relativismo cultural, fue en aumento con la emergencia de los fascismos, la toma de poder Nazi y la diáspora psicoanalítica. Un ejemplo destacado, lo encontramos ya en *Frustration and Aggression* (Dollard et al., 1939), el cual comparó las prácticas de crianza entre los regímenes *democrático, fascista y comunista* y proporcionó la hipótesis transversal al campo de las relaciones humanas, que se haría endémica para explicar las causas de la guerra, del prejuicio racial y de todo tipo de males sociales e injusticias. En último término, la retórica de lo normal y lo patológico convirtió a la *sociedad* y a la *cultura* en un *paciente* «enfermo, mentalmente trastornado y con necesidad de tratamiento» (Lawrence K. Frank, 1936, p. 335). Lo normal y lo patológico

en el espectro de lo mental, transmutó en el baremo de lo bueno y lo malo y funcionó como el elemento legitimador de la biopolítica de las prácticas de crianza o ingeniería social, cuya diana cristalizó en la constitución de ciudadanía «mentalmente sana».

Así, mientras el relativismo cultural permitía cuestionar lo indeseable de la propia cultura según el *juicio privado y variable* de los investigadores e investigadoras —el racismo, el sexismo, el mandato de heterosexualidad en algunos casos, y el autoritarismo— la estrategia patologizadora permitía «traducir la injusticia social y económica en problemas de salud mental» e imaginar «la reestructuración total de las personalidades, del comportamiento y de los rasgos de diversos grupos, subgrupos, comunidades y naciones»: prometiendo mejorar por ejemplo y según el juicio privado y variable de los investigadores: «el rendimiento y la motivación; controlar los impulsos y reducir la agresividad, eliminar la homosexualidad; inculcar roles de género; borrar la homofobia, el racismo y el sexismo; y aumentar la cooperación, la autoestima y la tolerancia» (Meyerowitz, 2010, p. 1084).³¹⁶

Capshew (1999) notó como entre 1948 y 1961 cinco miembros del *Institute of Human Relations*, sirvieron como presidentes de la *American Psychological Association*, tres de ellos, coautores de *Frustration and Aggression*. También señaló la influencia más importante que tuvo la ideología científica y el estilo profesional desarrollado por el Instituto en la comunidad académica de la psicología estadounidense de postguerra. Su estudio estaba delimitado a esta disciplina. Por su parte, Meyerowitz (2010) ha señalado cómo el trabajo de los líderes del enfoque de personalidad dio lugar a los programas de guerra psicológica, cómo sus escritos sobre la «personalidad nacional» influyeron en la ocupación de posguerra de Japón y cómo su visión acerca de la cooperación intercultural quedó inscrita en el proyecto inicial de la UNESCO para reducir tensiones internacionales y en su declaración sobre el racismo.³¹⁷ El ambivalente legado de esta corriente también proporcionó útiles para las luchas de diversos movimientos sociales, particularmente para el *Civil Rights Movement*, el *Gay Liberation Movement* y del *Women Liberation Movement*, así como para quienes abogaron por la «sociedad multicultural».

En lo que sigue veremos como otro personaje vinculado al *Yale Institute of Human Relations*, cuyo despliegue ha pasado en gran medida desapercibido en la literatura

³¹⁶ Como mostró Meyerowitz (2010) la erradicación o aceptación de la homosexualidad era precisamente un *locus* en el que los juicios de valor de los investigadores e investigadoras variaba.

³¹⁷ UNESCO. (1979). Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales del 27 Noviembre de 1978. En Actas de la Conferencia General 20.ª reunión París, 24 de octubre - 28 de noviembre de 1978. UNESCO.

referente a éste, tuvo una influencia determinante en el proceso constituyente del derecho humano a la salud y en la consolidación del campo internacional de la salud mental. A través de su figura, nos aproximaremos a la racionalidad que subyace, todavía hoy, a estas dos emergencias históricas sin precedentes.

Brock Chisholm y la ingeniería biopsicosocial del *world citizen*

El psiquiatra, psicoanalista e higienista mental canadiense Brock Chisholm (1896-1971), formó parte de la Comisión Técnica Preparatoria que elaboró el borrador de constitución de la OMS y ejerció como Primer Director General de esta institución internacional hasta su jubilación (1948-1953). Chisholm se había graduado como médico en la Universidad de Toronto (1924) y cursó su postgraduado en dos Hospitales de Londres (Middlesex and All Saints' Hospitals), tras lo cual se dedicó a la medicina general en Oakville, Canadá (1925-1931). Entre 1931 y 1933 prosiguió su formación especializándose en psiquiatría del desarrollo infantil y ejerciendo como profesor de Psiquiatría en el *Yale Institute of Human Relations*, luego pasó a trabajar en el *Queen's Square and Maudsley Hospital* de Londres durante un año, y posteriormente ejerció el psicoanálisis (o la medicina psicológica) en Toronto hasta el estallido de la II Guerra Mundial. Ésta lanzó su carrera al seno de las instituciones de Estado de Canadá, donde ejerció, entre otros, como Comandante Militar de la Zona Norte (1939-1940); fue presidente de la Comisión de Psiquiatría de Canadá; Director General de los Servicios Médicos y Jefe de Selección de Personal del Departamento de Defensa Nacional hasta (1941-1942); Director General de Servicios Médicos (1942-1944); posteriormente asumió el cargo de Viceministro de Salud en el Departamento Nacional de Salud y Bienestar hasta noviembre del 1944. Además ejerció como Presidente del Consejo superior de sanidad; Presidente del *National Committee Mental Hygiene Canada* y Presidente del *Health Committee Canadian Youth Commission* (Chisholm, 1989; Dorothy, 1970; Farley, 2008; Kubie, 1971; Merivale, 1971).³¹⁸ Su carrera estuvo fuertemente vinculada a la emergencia y despliegue del movimiento de higiene mental canadiense, que fue la primera exportación estadounidense y nació fusionado con el movimiento eugenésico (Dowbiggin, 1997, 2006).

Un día antes de que entrara en vigor la Carta de las Naciones Unidas, el 23 de octubre del 1945, la *William Alanson White Psychiatric Foundation* (WAWF: constituida en

³¹⁸ Véase también: *The Psychiatry of Enduring Peace and Social Progress. The William Alanson White Memorial Lectures, Second Series.* (1946). En *Psychiatry* (Vol. 9, Issue 1). The William Alanson White Psychiatric Foundation, p. 3.

1933), celebraba en el Auditorio del Nuevo Departamento del Interior de los EEUU, situado en Washington, la primera de dos conferencias que abrían una segunda serie de memoriales en honor del difunto fundador y Presidente de Honor vitalicio William A. White:³¹⁹ uno de los más destacados líderes del movimiento de higiene mental de los años 20 y 30. Aquél que en 1921 declaraba que la infancia era la etapa dorada de la higiene mental, quién en 1930 fue electo presidente del *First International Congress on Mental Hygiene*, y destacó, en su discurso presidencial, la innovación sin precedentes que traía la higiene mental con la noción de salud positiva (William A. White, 1921, 1930). Su liderazgo, su calidad de maestro era reconocida por su capacidad de sintetizar y unificar el pensamiento —en tensión— de los líderes de la psiquiatría de la época.

Fue William Alanson White quien fundió en una unidad vital el interés nosológico relativamente estéril de Emil Kraepelin, el enfoque científico preciso de Adolf Meyer y las vivificantes concepciones dinámicas de Sigmund Freud (Sullivan, 1946, p. 39).

Éstas fueron palabras del invitado especial de la serie anterior de Conferencias Memoriales: Harry Stack Sullivan, amigo íntimo y principal colaborador en la disciplina psiquiátrica de Edward Sapir. En ellas olvidó mencionar otra corriente que White también había fusionado en su «unidad vital» teórica: el conductismo (William A. White, 1922). Por entonces Sullivan era Presidente y Fundador de la *Washington School of Psychiatry* (1936-actualidad), la cual actualmente celebra su «orgulloso historial de enseñanza e investigación interdisciplinarias, formación en teoría psicodinámica, psicoanálisis, ciencias sociales y biológicas, y el estudio de la contribución de la cultura al desarrollo de la mente humana».³²⁰ Además, Sullivan fue cofundador y primer Presidente de la WAWF, y por entonces se desempeñaba como editor de su revista institucional, la *Psychiatry, Journal of the Biology and the Pathology of Interpersonal Relations*.³²¹

El nombre de la revista de la WAWF revela la fuerte vinculación que ésta tenía con el enfoque de personalidad y cultura, pudiendo ser considerada *grosso modo*, como una de las sedes de la corriente psiquiátrica vinculada a la antropología cultural americana. Ésta había sido fundada por Sullivan, padre de la teoría interpersonal de la psiquiatría, también conocida como psicoanálisis interpersonal o psicoanálisis cultural (Frie, 2014; Sullivan, 1953). La WAWF estaba estrechamente vinculada a la *Washington School of*

³¹⁹ Ibidem.

³²⁰ Véase: <https://wspdc.org/our-history>.

³²¹ Psiquiatría: Revista de biología y patología de las relaciones interpersonales. Véase: The Psychiatry of Enduring Peace and Social Progress. The William Alanson White Memorial Lectures, Second Series. (1946). En *Psychiatry* (Vol. 9, Issue 1). The William Alanson White Psychiatric Foundation.

Psychiatry, y fue el precedente del *William Alanson White Institute of Psychiatry, Psychoanalysis and Psychology* (WAWI, 1943-actualidad: Instituto de Psiquiatría, Psicoanálisis y Psicología William Alanson White): conocido por su punto de vista «claramente interdisciplinario» particularmente por la unión de «las perspectivas de la sociedad y la cultura a las concepciones psicoanalíticas más tradicionales del desarrollo de la personalidad».³²² Este había sido fundado como una de sus sucursales en 1943 por Clara Thompson y Erich Fromm, a los que se unieron al año siguiente Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, David Rioch y Janet Rioch, todos ellos vinculados al enfoque de personalidad y cultura, siendo los primeros cuatro reconocidos miembros de la corriente (Meyerowitz, 2010).

Así pues, la WAWF era uno de los lugares de intercambio de conocimientos interdisciplinarios en torno al efecto de las prácticas de crianza en la modulación de los patrones de conducta o personalidad. Durante la II Guerra Mundial se vio crecientemente orientado a desentrañar las semillas psicológicas de la guerra, para lo cual era un baluarte la hipótesis de frustración-agresión, en la medida en que permitía fundamentar en el mismo mecanismo biológico de respuesta múltiples fenómenos; como el racismo o la guerra, a saber, ambos desplazamientos de la agresión al exo-grupo:

Un antropólogo encuentra la semilla psicológica de la guerra en los azotes a bebés

“Dar azotes a un bebé puede ser la semilla psicológica de la guerra” A partir de éste y otros castigos similares se forman los odios reprimidos que encuentran su salida más tarde en el prejuicio racial que ahora está convirtiendo Europa en un caos en manos de un hábil manipulador, declara el Dr. Montague Francis Ashley-Montagu, antropólogo de la Universidad de Columbia, en un informe sobre la base de las diferencias raciales que acaba de hacer público la Fundación Psiquiátrica William A. White de Washington.³²³

El invitado especial de la segunda tanda del memorial de la WAWF fue Brock Chilsdom, quién impartió dos Conferencias en días y lugares distintos que, en conjunto, fueron comentadas por eminentes representantes de Estado y psiquiatras: Henry A. Wallace, antiguo Vicepresidente de los EEUU y actual Secretario de Comercio, Watson B. Miller, Administrador Federal de Seguridad de los EEUU; Daniel Blain, Subdirector de Movilización y Reconversión de Guerra de los EEUU; Jerome N. Frank, Juez del Tribunal de Apelación de la Corte Suprema de los Estados Unidos; Samuel W. Hamilton, Presidente de la *American Psychiatric Association* y Asesor de Hospitales Mentales del

³²² Véase, William Alanson White Institute (2023).

³²³ Anthropologist Finds Psychological Seed of War in Baby Spanking, January 5, 1941. (1941). *The Boston Sunday Globe*, p. 2.

Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos; Ross. McClure Chapman, presidente de la WAWF; y Harry Stack Sullivan.³²⁴

La primera de las Conferencias fue la que tuvo lugar en el edificio del Departamento de Interior de los EEUU y sin duda la más concurrida. A ella asistieron unas 500 personas, repito, un día antes de la entrada en vigor de la Carta de las Naciones Unidas (Sullivan, 1946). Por entonces nadie podía saber que Chisholm pasaría a ser el primer Director General de la OMS. De hecho, todavía no había tenido lugar la aprobación conjunta de la Resolución del Senado y la Cámara de Representantes de los EEUU relativa a la creación de una Organización Internacional de la Salud.

Chisholm tituló su primera Conferencia *The Reestablishment of Peacetime Society* (*El restablecimiento de la sociedad en tiempos de paz*) y la segunda, que tuvo lugar el 29 de octubre de 1945 en la Academia de Medicina de Nueva York, *The Responsibility of Psychiatrists* (*La responsabilidad de los psiquiatras*) (Chisholm, 1946a, 1946b). En ellas expuso el proyecto de ingeniería psicosocial, que debería desplegarse a fin de mantener una paz universal duradera, y el lugar privilegiado que la disciplina psiquiátrica debería ocupar en éste. Nos contentaremos con un análisis de la primera Conferencia, y veremos crecer y concretarse el proyecto de remodelación de lo humano en los sucesivos capítulos.

Chisholm no partió de la idea según la cual la paz universal, en sí misma, era un fin deseable. Para él era una pregunta que debía someterse al análisis racional. Empezó constatando que «el hombre, de nuevo, y a una escala más amplia y mejor organizada que nunca» se había entregado «a uno de sus patrones de comportamiento más constantes, la guerra»; patrón que persistía siglo tras siglo a pesar del sufrimiento que causaba. No obstante, las nuevas tecnologías de guerra, como la bomba atómica, junto con la expansión de los nuevos medios de transporte, particularmente de la aviación, habían hecho de «toda guerra una amenaza» para «todos los pueblos de este mundo encogido», representando tan sólo «los últimos pasos» de un largo y creciente proceso de ruptura de «barreras geográficas entre grupos de pueblos». Por ello, su primera conclusión fue que «todos somos ahora, forzosamente, ciudadanos del mundo, seamos o no lo suficientemente maduros para asumir esa responsabilidad» (Chisholm, 1946a, p. 3).

³²⁴ The Psychiatry of Enduring Peace and Social Progress. The William Alanson White Memorial Lectures, Second Series. (1946). En *Psychiatry* (Vol. 9, Issue 1). The William Alanson White Psychiatric Foundation.

Ante la amenaza de una nueva guerra mundial con capacidad de destrucción sin precedentes y la constatación cosmopolita de una «ciudadanía mundial», se abrían para Chisholm tres posibles cursos de acción para la psiquiatría y los gobiernos. El primero consistía en volver al tipo de vida y de sociedad previa a la II Guerra Mundial y centrarse en la mejora de las cuestiones locales. Este curso de acción resultaba «fútil, ya que seríamos tomados y esclavizados, literalmente hablando, y nuestro acomodado desarrollo social sería desechado por una “Raza Superior” a la que pareceríamos débiles y poco realistas, y no aptos para dirigir nuestra propia sociedad»; haciendo de «la esclavitud», un resultado inevitable (Chisholm, 1946a, p. 4). El segundo curso de acción radicaba en reconocer la inevitabilidad de la guerra y prepararse para la siguiente, «formando a nuestros hijos desde la infancia para ser capaces de luchar efectivamente con armas cada vez más eficaces, despiadadas y terribles»; curso que llevaría a pagar el precio de la supervivencia con la «alerta constante» y «el despiadado asesinato de todos nuestros potenciales enemigos» (Chisholm, 1946a, p. 4).

Cabía entonces explorar un tercer curso de acción, la posibilidad de prevenir las guerras y salir de la dicotomía que planteaban los anteriores: o esclavos o asesinos despiadados. No obstante, era preciso responder primero a la siguiente pregunta: ¿Sería «realmente bueno para la raza humana evitar futuras guerras»? La primera aproximación de respuesta de Chisholm ya reveló lo incorporada que tenía la racionalidad eugenésica, algo que ninguno de sus eminentes comentadores le criticó porque formaba parte de la matriz hegemónica de pensamiento de la época, incluso de las izquierdas internacionalistas.

Parecería ser cierto que, cualquiera que sea el destino de la raza, la matanza de un gran número de hombres jóvenes físicamente aptos, inteligentes y socialmente sensibles difícilmente pueda ser ventajosa. Se podría argumentar a favor de las guerras si pudieran ser libradas por los ancianos y los defectuosos mentales, pero eso no parece ser siquiera una posibilidad remota a medida que las guerras se vuelven cada vez más técnicas y exigen todos los hombres más aptos (Chisholm, 1946a, p. 4).

El pensamiento progresista y cosmopolita de la época guardaba una íntima continuidad con la tanatopolítica eugénica Nazi: estaba de acuerdo con que sus primeras víctimas de exterminio –las personas calificadas como «defectuosas» e «improductivas»– eran «vidas sin valor» que podían ser arrojadas o abandonadas a la muerte. Como diría Butler (2021), vidas que no importan, indignas de duelo y de llanto. Ya vimos como la idea de asesinar a «defectuosos mentales» había sido favorablemente debatida pocos años antes en la revista de la *American Psychiatric Association* (Anonymous, 1942; Joseph, 2005), y también como mucho antes del Programa de Eutanasia Nazi el nobel francés Alexis Carrel ya proponía resolver el problema de

«deficientes», «locos» y «criminales» mediante cámaras de gas (Carrel, 1935, p. 398; Müller-Hill, 2000).

De hecho, prácticamente todos los argumentos de Chisholm a favor de la paz mundial bebían de la racionalidad eugenésica. El segundo argumento que Chisholm ofreció en favor de la paz radicaba en el poder de destrucción de la bomba atómica, y de la posible creación de nuevas armas químicas capaces de esterilizar «a todas las mujeres». El tercero enfatizaba como las guerras contemporáneas habían roto la distinción entre ejército y población civil, lo que podía causar la matanza «de grandes cantidades de poblaciones no seleccionadas», incluyendo a mujeres y niños (Chisholm, 1946a, p. 4). Esto, para Chisholm, difícilmente podía ser considerado:

un procedimiento útil desde el punto de vista racial, a menos que sirva para reducir las presiones demográficas en algunas partes del mundo. Sin embargo, este fin podría intentarse de maneras menos dolorosas y con una mejor selección de la población, si tal reducción de la población llegara a ser necesaria para la raza humana (Chisholm, 1946a, p. 4).

Efectivamente, durante su cargo en la OMS Chisholm llegó a la conclusión de que la reducción de la población mundial era una cuestión de primera urgencia. Así, dio su apoyo al movimiento de control de la población de los años 50-70, que orientó sus esfuerzos a «reducir las presiones demográficas» en determinadas partes del mundo —«subdesarrolladas»— y en determinados colectivos seleccionados —especialmente mujeres pobres, racializadas, discapacitadas o psiquiatrizadas— a fin de salvar a la raza de una catástrofe; llegara ésta en forma de guerra mundial por la escasez de recursos o de revolución y propagación del comunismo, argumentos ampliamente extendidos durante la Guerra Fría por quienes abogaban por el control del crecimiento de la población mundial (Dowbiggin, 2006, 2008).³²⁵

En esa lucha, Chisholm escogió dar apoyo a dos métodos menos dolorosos y más selectivos que la masacre indiscriminada, después de todo era un «humanista». En primer lugar, a los anticonceptivos —de los que fue un firme defensor— tratando fallidamente durante su cargo como Director General de la OMS de persuadir a la Iglesia Católica de Roma para que apoyara la provisión de éstos a los «países en desarrollo». En segundo lugar, apoyó de diversos modos la esterilización, una medida que ya había defendido en el pasado. Tras concluir su mandato en la OMS Chisholm se hizo miembro de la *Human Betterment Association for Voluntary Sterilization* y fue su Presidente Honorario desde 1963. La organización cambió de nombre en repetidas ocasiones,

³²⁵ Véase también Chisholm (1957, pp. 13–16).

debido a la marca que arrastraron quienes hacían *lobby* por la esterilización forzosa tras el exterminio nazi. Derivó de la antigua *Sterilization League of New Jersey* (1937), luego reconvertida en la *Human Betterment Association of America* (1950), y a partir de 1965 la organización cambió su nombre al de *Association for Voluntary Sterilization*, lo cual era más políticamente correcto (Dowbiggin, 2006, 2008).

Dicha asociación estuvo detrás del lanzamiento de dos importantes programas estadounidenses. Por un lado, del programa de control interno lanzado en 1971 por la Oficina de Oportunidades Económicas del Gobierno Federal de Estados Unidos, destinado a extender la financiación de la «esterilización voluntaria» a 5 millones de mujeres. Éste desembocó en polémica al descubrirse que había dado lugar a la esterilización de dos hermanas afroamericanas de 12 y 14 años —Minnie Lee y Mary Alice— en Alabama, y en 1972 había posibilitado la esterilización de aproximadamente 22.175 mujeres, de las cuales aproximadamente el 40% eran negras y el 30% recibían asistencia pública (Critchlow, 1999, p. 140; Dowbiggin, 2006, p. 188; Vaughan y Sparer, 1974). Por el otro, contribuyó al lanzamiento del programa exterior de la Agencia Internacional para el Desarrollo del Gobierno Estadounidense que ofrecía «ayuda humanitaria» a los países pobres para controlar la reproducción de sus poblaciones, percibida como desmesurada y amenazante, en términos de expansión del comunismo. El Gobierno de la India, que era el país en el que estaba puesta la mayor alarma en torno al crecimiento poblacional (Chisholm, 1957), durante el estado de emergencia de 1976-1977 lo empleó para esterilizar —mediante incentivos económicos o coerción directa— a 7 millones de personas (Dowbiggin, 2006, p. 188). Un despliegue inmensamente mayor al precedente masivo que había establecido el programa nazi con 400.000 personas esterilizadas entre 1933 y 1939 (Müller-Hill, 1998; Torrey y Yolken, 2010).

Volvamos al proyecto de ingeniería psicosocial que Chisholm decidió promover como la única alternativa para prevenir una tercera guerra mundial capaz de acabar con la humanidad. Éste partía de la constatación de que la guerra era una expresión de la «naturaleza humana» sujeta a cambios en lo que respecta a los «patrones de conducta, que pueden ser modificados extensamente». La responsabilidad de modificarlos, y en última instancia «salvar a la raza de sí misma, de su insaciable deseo de su propia sangre», recaía fundamentalmente en la psiquiatría y las ciencias sociales y humanas (Chisholm, 1946a, p. 5).

Chisholm encontró los fundamentos de la guerra en el desarrollo deficitario y en los «síntomas neuróticos» del individuo, aquéllos que fundamentalmente había tratado en su consulta psicoanalítica: el prejuicio, el aislamiento, las creencias irracionales, el deseo de poder material, el miedo excesivo a los demás, la sed de venganza, la evitación del

afrontamiento de los conflictos, todos estos constituían los fundamentos de la guerra y se resumían en un único compendio «la personalidad inmadura». El único fundamento *racional*, y por ende para Chisholm *válido y normal*, que podía motivar la guerra sin derivarse necesariamente de la mala salud mental del individuo fue, interesantemente, la *defensa propia* (Chisholm, 1946a, p. 5).

Como ha mostrado Butler (2021) este es el nódulo discursivo que permite la construcción táctica de una alteridad «enemiga» como esencialmente violenta y amenazante para el régimen de un nosotros —familia, comunidad, religión, nacionalidad, Estado— posibilitando así, legitimar las diversas formas de violencia, incluida la violencia de Estado, en tanto el *medio* inevitable para alcanzar el fin de la *autopreservación*. En realidad, es esta racionalidad instrumental de la *defensa propia*, la que fundamenta y sostiene toda guerra, incluida la guerra del Nazismo contra la degeneración de su raza, y en pro de la *autopreservación* de su stock superior, la cual estuvo basada, no en argumentos irracionales o supersticiosos, sino en una racionalidad cientificista de la desigualdad largamente cosechada.

Cabe señalar que, para Chisholm, quién —como tantos en su época— también fue un médico comprometido con el locus de la *justicia social* en términos económicos, incluso la defensa propia podía transmutar en una «reacción neurótica», pero sólo cuando implicaba defender la propia riqueza «de otros que están en gran necesidad» (Chisholm, 1946a, p. 5). Por ello Chisholm no pudo eludir la necesidad de considerar algunos requisitos socio-estructurales para la paz internacional, aunque su solución final fue la intervención sobre el individuo. Consideró, en primer término, la *seguridad*, o lo que es lo mismo, la erradicación de toda ocasión para la agresión, la cual podría lograrse, entre otros, a través de una legislación internacional «respaldada por una fuerza» legitimada, o un monopolio de la violencia, capaz de «suprimir sin piedad cualquier recurso a la fuerza por parte de cualquier pueblo del mundo», una competencia que en su opinión podrían asumir por el momento las Grandes Potencias. También consideró como «requisito» para la paz internacional, la mejora de las condiciones de vida de «todas las personas del mundo», con unos «niveles económicos ya sea geográficamente o por grupos dentro de una población» que no varíen ampliamente, o lo que es lo mismo, la redistribución de la riqueza. No obstante, desechó estas posibilidades. Atacar por este lado no resultaba efectivo pues dependía de muchas manos situadas en los lugares adecuados, manos que deberían pertenecer a «personas maduras y normales sin necesidades neuróticas» algo que, sin duda, escaseaba en el mundo (Chisholm, 1946a, p. 6).

De ello se deduce inevitablemente que el tercer requisito, del que dependen la consecución y la eficacia de los demás, es que haya suficientes personas en el mundo, en todos los países [...] que no muestren las necesidades neuróticas que nosotros y cada generación de nuestros antepasados hemos mostrado. Nunca hemos tenido suficientes personas en ninguna parte que estén suficientemente libres de estos síntomas neuróticos que hacen que las guerras sean inevitables. [...] Todos los psiquiatras saben de dónde provienen estos síntomas: el peso de la inferioridad, la culpa y el miedo que todos hemos llevado es la raíz de este fracaso para madurar con éxito (Chisholm, 1946a, p. 6).

Por lo tanto, mucho mejor que la redistribución ipso facto de la riqueza, o como condición de posibilidad para ésta, era preciso lanzar un programa psicoterapéutico y lo suficientemente capilar, como para modificar la expresión de la naturaleza humana en un número suficiente de los individuos del mundo, en todas y cada una de las civilizaciones, cuya diana sería la producción sistemática —a través de las prácticas de crianza, y particularmente de la relación materno filial— de «personalidades maduras» que eran las únicas capaces de generar las condiciones de posibilidad para la paz internacional. O lo que es lo mismo, eliminar de la faz de la tierra «la necesidad de luchar guerras [...] un síntoma psiquiátrico [...] resultado de un desarrollo fallido» (Chisholm, 1946a, p. 7). Pero ¿qué era para Chisholm una personalidad madura y a quienes excluía su proyecto de ingeniería social?

Strecker y Appel han definido recientemente la madurez en términos de capacidades que, si son alcanzadas por un número suficiente de personas, podrían garantizar la continuidad y el desarrollo continuado de la raza en la línea de su destino inherente sin guerras. La madurez es una cualidad de la personalidad que se compone de varios elementos: la perseverancia, la capacidad de dedicarse a una tarea, de trabajar en ella y de esforzarse hasta terminarla o hasta haber dado todo lo que se tenía en ese empeño. Es la cualidad o capacidad de dar más de lo que se pide o exige en una situación determinada. Es esta característica la que permite a los demás contar con uno; por tanto, es fiabilidad [...] persistencia para llevar a cabo un objetivo frente a las dificultades. Resistencia a las dificultades, lo desagradable, la incomodidad, la frustración, los obstáculos. La capacidad de evaluar las cosas, de tomar decisiones propias, es una característica de la madurez. Esto implica un grado considerable de independencia. Una persona madura no es dependiente a menos que esté enferma. La madurez incluye la determinación, la voluntad de lograr y tener éxito, la voluntad de vivir. Por supuesto, la madurez representa la capacidad de cooperar: trabajar con otros, trabajar en una organización y bajo una autoridad. La persona madura es flexible, puede adaptarse al tiempo, a las personas, a las circunstancias. Él puede mostrar tolerancia, él puede ser paciente, y sobre *todo él tiene las cualidades de la adaptabilidad y el compromiso*. Básicamente, la madurez representa una amalgama de dos cosas: 1— insatisfacción con el *statu quo*, que exige un esfuerzo agresivo y constructivo, y 2— preocupación y devoción social. Es la moral del individuo (énfasis original, Chisholm, 1946a, p. 6-7).

De lo anterior parece desprenderse que la «persona madura» es, ante todo, un *hombre* blanco, cuerdo y con un cuerpo capacitado, eficiente, trabajador, perseverante y exitoso, independiente y autosuficiente, flexible y adaptable, capaz de cooperar y de tener ideas propias, pero también de trabajar bajo una autoridad superior; un hombre, además, comprometido socialmente e insatisfecho con el *statu quo*, un luchador social.

Un prototipo de lo humano que habríamos de situar en algún punto ambivalente entre el *emprendedor* que se hace a sí mismo, el *funcionario* obediente y eficiente, y el *ciudadano democrático* comprometido.

Para Chisholm, el fallo en la producción de este tipo de individuo y «común denominador de todas las civilizaciones [...] la única fuerza psicológica» capaz de pervertir el proceso de producción de lo humano, era el «concepto del bien y del mal». Por lo tanto, había que erradicar la fuerza productiva de la moral de las prácticas de crianza, caldo de cultivo de autoritarismos, miedos, inseguridades, sentimientos de culpa, síntomas neuróticos de todo tipo, y arrancar de cuajo el «árbol del bien y del mal», para liberar a los individuos de la venenosa idea del pecado que subyace a la moral judeocristiana (Chisholm, 1946a, p. 7). Su occidentalocentrismo será rampante: esta «formación ha sido prácticamente universal en la raza humana. Las variaciones de contenido casi no han tenido importancia. La fruta es venenosa, no importa cómo se prepare o se disfrace» (Chisholm, 1946a, p. 8).

En la antigua historia hebrea, Dios advierte al primer hombre y a la primera mujer que no tengan nada que ver con el bien y el mal. Es interesante observar que ya desde entonces se reconoce que el “bien” es una amenaza tan grande como el “mal”. Son fruto del mismo árbol y son aspectos diferentes de la misma cosa. Hemos tardado mucho en redescubrir esta verdad y en reconocer la inferioridad, la culpa y el miedo innecesarios y artificialmente impuestos, comúnmente conocidos como pecado, bajo los que casi todos hemos trabajado y que producen gran parte de la inadaptación social y la infelicidad en el mundo. Durante muchas generaciones hemos inclinado nuestros cuellos ante el yugo de la convicción del pecado. Hemos tragado todo tipo de certezas venenosas que nos han dado nuestros padres, nuestros maestros de escuela dominical y diurna, nuestros políticos, nuestros sacerdotes, nuestros periódicos y otros con un interés personal en controlarnos. [...] Desorientada por el dogma autoritario, atada por la fe exclusiva, atrofiada por la lealtad inculcada, desgarrada por la herejía frenética, atormentada por el cisma insistente, drogada por la experiencia extática, confundida por la certeza conflictiva, desconcertada por el misterio inventado y agobiada por el peso de la culpa y el miedo engendrados por sus propias promesas originales, la desdichada raza humana, privada por estos incubos de sus únicas defensas y de sus únicas razones para esforzarse, de su poder de razonamiento y de su capacidad natural para disfrutar de la satisfacción de sus impulsos naturales, se debate bajo su espantosa carga autoimpuesta. Los resultados, los inevitables resultados, son la frustración, la inferioridad, la neurosis y la incapacidad para disfrutar de la vida, para razonar con claridad o hacer un mundo adecuado para vivir (Chisholm, 1946a, p. 7-8).

Arrancar las nociones del bien y del mal, implicaba un proceso de secularización, una segunda ilustración que habría de liberar las psiques de los infantes de toda fuerza irracional, y hacer brillar, con más ímpetu que nunca el pensamiento racional. Ésta forma de inteligencia ya había encontrado su instrumento de medida —el C.I.— y su localización corporal —los lóbulos superiores del cerebro—, y era el único camino para la «supervivencia del hombre» (Chisholm, 1946a, p. 8). Esta segunda ilustración debía de romper con la tradición, «el control de los viejos, los ancianos, los chamanes y los

sacerdotes» para liberar la inocencia original de los infantes, su inteligencia y su capacidad racional (Chisholm, 1946a, p. 8). El trabajo más importante a realizar por la humanidad, la destrucción de toda tradición, la secularización y cientificación de las prácticas de crianza destinada a la producción de personalidad maduras, tenía el tiempo contado, quizás unos veinte años antes del estallido de la próxima guerra mundial

para cambiar las certezas más queridas de una parte suficiente de la raza humana, veinte años para desarraigar y destruir el crecimiento parasitario más antiguo y floreciente del mundo, el árbol del conocimiento del bien y del mal, veinte años para eliminar la necesidad de las perversas satisfacciones que se encuentran en la guerra, y para asegurar que un número suficiente de personas en todas partes no cierren los ojos ante las terribles amenazas a las que se enfrentan (Chisholm, 1946a, p. 9-10).

De este extenso programa de destrucción de las prácticas y saberes tradicionales, de medicalización de la crianza y la educación, de destierro de las nociones de bondad y maldad, de *screening* y psiquiatrización preventiva, se derivaba la necesidad de no dejar las prácticas de crianza en manos de cualquiera. No era un «trabajo para inadaptados económicos o emocionales», tampoco «para hombres y mujeres temerosos y dominados por la inferioridad» ni para «chicas colmándose antes del matrimonio»; mucho menos para mujeres reveladas por la verdad matemática e inmutable del CI como «defectuosas», «moronas» o «imbéciles»: participar de la formación «de los niños debería ser el signo de la aprobación final de la sociedad» (Chisholm, 1946a, p. 10). Una aprobación que detentaba —y detenta— la psiquiatría, y en menor medida la psicología a través de su ensamblaje con la justicia. Psiquiatras y psicólogos eran precisamente para Chisholm quienes estaban en mejor posición para «acabar con el bien y el mal» y producir gente «civilizada», ellos, entre otros respetables, habían escapado de las «cadenas morales» y eran «capaces de observar y pensar libremente» (Chisholm, 1946a, p. 9).

Para implementar este programa, se debían ceder las antiguas lealtades místicas o religiosas a la nueva experticia de las ciencias humanas y sociales, la psiquiatría, la psicología, la sociología, la psicopatología y las ciencias de la vida, debían ponerse a «disposición de todo el pueblo enseñándose a todos los niños en las escuelas primarias y secundarias» y capilarizar todas las instituciones sociales, detectar los desajustes y corregirlos allí donde aparezcan precozmente, pautar las nuevas prácticas de crianza y adoctrinar en los principios de la ciencia sobre todo a «las personas que importan». Esto era, a los maestros y maestras, las madres y los padres jóvenes, las asociaciones de padres y profesores, los grupos juveniles, los clubs de servicio, las escuelas y colegios, las iglesias y escuelas dominicales, en definitiva: «todos aquellos a los que se puede llegar y

a los que se puede ayudar a conseguir la libertad intelectual y la honestidad para ellos mismos y para los niños cuyo futuro depende de ellos» (Chisholm, 1946a, p. 9-10).

Ahora bien, si «la raza» debía ser liberada de la moralidad, si se asumía el reto de producir un nuevo «ciudadano mundial», libre de trastornos mentales y por ello capaz de evitar otra guerra mundial, los psiquiatras debían ser quienes tomaran la iniciativa y la mayor porción de la responsabilidad. Era «la psiquiatría» quien, «con las demás ciencias humanas» debía entonces «decidir cuál será el futuro inmediato de la raza humana» pues «nadie más puede. Es la principal responsabilidad de la psiquiatría» (Chisholm, 1946a, p. 11).

De la constitución de la OMS y el nacimiento del derecho humano a la salud

Nos aproximamos a la emergencia histórica del derecho humano a la salud (mental) en la Constitución de la OMS. Centraremos el análisis en dos aspectos clave; a) la *procedencia* de la definición de salud (mental) que consagra la constitución de la OMS, todavía hegemónica en nuestros días y b) el establecimiento de la salud como *derecho humano*, los cuales en su conjunto han dado lugar al campo interdisciplinar contemporáneo de las *ciencias de la salud*. Nuestro análisis, evidentemente proseguirá en continuidad con los anteriores, complementándolos, y se dirigirá a seguir arrojando luz sobre la racionalidad que subyace al derecho humano a la salud (mental) desde una perspectiva doble, biopolítica y de soberanía. Tomaremos a Chisholm como protagonista del relato y seguiremos de cerca el despliegue y concreción de su proyecto de ingeniería (psico)social.

El *setting*: El Comité Técnico Preparatorio

El encuentro inaugural del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) desembocó el 15 de febrero del 1946 en una resolución que, en base a lo aprobado en San Francisco a propuesta de las Delegaciones de Brasil y China, convocaba la Conferencia Sanitaria Internacional de la que nacería la OMS. Como vimos, esta Conferencia que finalmente se celebró en Nueva York había sido aprobada meses antes por el Senado y la Cámara de Representantes de los EEUU. El objetivo de dicha Conferencia debía ser el de «examinar el alcance y el mecanismo apropiado de la acción internacional en materia de salud pública y propuestas para el establecimiento de una única organización internacional de salud de las Naciones Unidas».³²⁶ Para abordar los preparativos, dicha resolución estableció también un Comité Técnico Preparatorio (CTP) de la Conferencia compuesto por delegados nacionales «expertos en salud pública», que debía encargarse de «preparar un proyecto de orden del día» y «propuestas para el examen de la conferencia» y en el cual también participarían, en capacidad de observación consultiva, representantes de las agencias internacionales de salud más relevantes de la época: la *Pan American Sanitary Bureau*, la *Office*

³²⁶ WHO Interim Commission. (1947b). Annex 2. Resolution of the Economic and Social Council of the United Nations of 15 February 1946 (E/9. Rev. 1.). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization. p. 39-40, art. 1.

International d'Hygiène Publique, la *League of Nations Health Organization* y la *United Nations Relief and Rehabilitation Administration*.³²⁷

El CTP de la Conferencia llevó a cabo su trabajo en el *Palais d'Orsay* de París entre el 19 de marzo y el 5 de abril del 1946, celebrando un total de 22 reuniones. En él participaron 37 personas: 16 en calidad de delegados miembros del CTP; 11 en calidad de suplentes y asesores de los anteriores; 9 en calidad de observadores representantes de las agencias de salud internacionales, y; 1 en calidad de secretario nombrado por las Naciones Unidas. Todos los miembros y suplentes del CTP estaban entrenados en la medicina científica occidental y eran hombres expertos en salud pública, en su inmensa mayoría altos cargos de las instituciones nacionales sanitarias de sus respectivos Estados. La única excepción fue la de Marcia Maylott, una mujer que actuó como suplente y asesora técnica del delegado estadounidense Thomas Parran (1892-1968), Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los EEUU, y cuyo nombre no dejó rastro en las minutas de las reuniones.³²⁸

Siguiendo la tradición iniciada por la OHSN los miembros del CTP, que sin duda eran Delegados Estatales, consignaron actuar «como expertos a título personal y no político».³²⁹ Su mayor desafío consistía en preparar el borrador de constitución de la naciente OMS y enviárselo al ECOSOC para distribuirlo y discutirlo en la Conferencia Sanitaria Internacional. Se organizaron en ocho Subcomités: 1) el Subcomité de redacción; 2) el Subcomité del preámbulo; 3) el Subcomité de fines y objetivos; 4) el Subcomité del órgano ejecutivo; 5) el Subcomité del cuerpo de gobierno; 6) el Subcomité de resoluciones; 7) el Subcomité de estudio de la orden del día de la conferencia, y finalmente; 8) el Subcomité estudio de las relaciones entre las organizaciones sanitarias existentes y la futura Organización Mundial de la Salud.³³⁰

Brock Chisholm, en calidad de Delegado Canadiense presidió el Subcomité de Redacción en el que también participaron Karl Evang (de Noruega), C. Mani (de la India) y Szeming Sze (de China); y fue miembro del Subcomité del Preámbulo presidido por Sze, e integrado también por Gregorio Bermann (de Argentina) y Joseph Cančík (de Checoslovaquia).³³¹ Además, el 30 de marzo fue unánimemente electo el relator que habría de «reunir el trabajo realizado en diferentes subcomités en un solo informe», y

³²⁷ Ibidem, art. 2-3.

³²⁸ WHO Interim Commission. (1947). Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference. World Health Organization, pp. 5-6.

³²⁹ Ibidem, p. 28.

³³⁰ Ibidem, p. 7.

³³¹ Ibidem.

por lo tanto encargado de rematar la versión final de borrador de constitución de la OMS, que fue enviada al *Consejo Económico y Social* el 5 de abril de 1946, aquella que sería discutida en la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York.³³² Los miembros del CTP trabajaron en base a cuatro borradores previos de constitución. El primero fue presentado por el delegado británico, Sir Wilson Jameson; el segundo por el delegado estadounidense, Parran; el tercero por los delegados franceses, André Cavaillon y Xavier Leclainche; y el cuarto por el delegado yugoslavo, Andrija Stampar.³³³

El borrador de Constitución presentado por Stampar contenía la definición de salud más próxima a la que —con leves pero significativas modificaciones— fue consagrada en la Conferencia Sanitaria de Nueva York, lo cual emerge a simple vista comparando los sucesivos borradores. Durante largo tiempo la procedencia de la definición de salud, en términos estrictos de *autoría*, de quien la había escrito, quedó oscurecida y fue atribuida a distintos personajes —entre ellos al propio Stampar, a Sze o Chisholm—, pero actualmente se sabe que el borrador que la contenía no lo había escrito Stampar, sino que le había sido entregado a éste por Raymond Gautier y Yves Biraud (Borowy, 2009; Burke, 2017; Cueto et al., 2019; Larsen, 2022). Quienes, junto con Rajchman, como vimos, venían desde 1943 abogando por una única organización de salud de las Naciones Unidas y elaborando detallados planes para su puesta en marcha (Biraud, 1944; Gautier, 1944; Rajchman, 1943). De hecho, el propio Biraud, por entonces Jefe de Servicio de Inteligencia Epidemiológica y Estadísticas de Salud Pública de OHSN, participó del CTP en calidad observador consultivo.³³⁴

La procedencia de la definición de ilimitada de salud

Existen particularmente dos investigaciones que se han ocupado de rastrear con minuciosidad la procedencia de la famosa definición de salud de la OMS y que por lo tanto nos servirán de base (Burke, 2017; Larsen, 2022). Ambas presentan un mismo problema que trataremos de resolver; el hecho de haber reducido la procedencia a una cuestión de *autoría*, y no de racionalidad, y el hecho de enfocar sus búsquedas en formulaciones lingüísticas similares. Dicho problema ha tenido el efecto en ambos casos de vincular la definición de salud de la OMS exclusivamente al locus de la justicia social, sin atender, ni entender la racionalidad eugenésica que le subyace.

³³² *Ibidem*, p. 28.

³³³ *Ibidem*, éstos están íntegramente reproducidos como anexos.

³³⁴ WHO Interim Commission. (1947f). *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization, pp. 5-6.

La primera definición de salud similar a la de la OMS identificada por Burke (2017), aterrizó en el Nueva York de 1916 y fue formulada por George Chandler Whipple (1866-1924), un bacteriólogo y sanitarista estadounidense conocido por sus trabajos en torno a la potabilización de los suministros de agua y la ingeniería sanitaria. Whipple había cofundado junto a sus mentores, William T. Sedgwick (1855-1921) y Milton J. Rosenau (1869-1946), la *Harvard School of Public Health* en 1913, donde permaneció dando clases hasta su muerte (Whipple y Hampshire, 1925). Era colega íntimo de Charles-Edward A. Winslow,³³⁵ también discípulo de Sedgwick, además de cofundador del movimiento de higiene mental, y fundador del *Yale Department of Public Health* (1913) de la *Yale Medical School*. Esta institución —como vimos— fue la que primero impulsó la entrada de la psiquiatría y de la higiene mental en Yale, y posteriormente dio lugar a la fundación del *Yale Institute of Human Relations* (Angell, 1929; Visel tear, 1982; Winternitz, 1930).

La definición de salud de Whipple apareció en junio del 1916 en las Actas del Consejo de Estimaciones y Asignaciones de la Ciudad de Nueva York, que discutían las medidas de saneamiento de dicha ciudad. Para entonces, la súbita aparición de la higiene mental en el Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Washington en 1912, había desembocado ya en su inserción plena en el campo de la medicina preventiva y la higiene pública estadounidense (Beers, 1921, p. 312; NCMH, 1912, 1913). De hecho, el exitoso y reconocido manual, *Preventive Medicine and Hygiene* (Rosenau et al., 1913), que había empezado a publicarse en 1913, y llegó a las 22 ediciones en 1925, integró a la higiene mental desde sus inicios.³³⁶ Éste era un compendio generalista resultado de la colaboración continuada de cuatro autores, entre ellos Wilbur, que escribía sobre redes de alcantarillado y gestión de las basuras, y Thomas W. Salmon, desde 1912 Director Médico del NCMH y máximo responsable de su programa científico durante los siguientes diez años (Beers, 1921; Rupke Richardson, 1987), cuya sección estaba dedicada a la higiene mental y la prevención de las «enfermedades mentales».

Si prestamos atención a la definición de salud de Wilbur, la idea *positiva* de que «la salud es más que la ausencia de enfermedad», implica en primer lugar que es «psique y vitalidad», y en segundo lugar que es un fenómeno *holístico* que integra las dos dimensiones del binarismo cartesiano en un orden que privilegia de nuevo la *psique*: la salud es «tanto mental como física» (ver Tabla 1). Volveremos sobre esta cuestión en

³³⁵ Ambos eran miembros de la ARC y participaron juntos en de la American Red Cross Mission to Russia en 1917 (la Rusia de Kerensky), donde compartieron «una lujosa habitación de estado en el tren imperial del Zar de Vladivostok a Moscú» (Winslow, 1953, p. 16).

³³⁶ Así lo registra el catálogo WorldCat: <https://www.worldcat.org/identities/lccn-n87816195/>

adelante, pues la tesis que pretendo demostrar es que la idea de salud positiva que consagró la OMS procede en términos de racionalidad, del movimiento de higiene mental. Valga por el momento indicar que la reflexión de Burke (2017) sobre la procedencia de la definición de salud de la OMS, y el análisis que hace de la aportación de Wilbur, son bastante limitados. En ningún momento analiza el contexto de emergencia de dicha definición, ni su contenido conceptual, y mucho menos lo remite a la higiene mental; más bien soluciona la cuestión indicando que dicha definición procede «de escritos anteriores de responsables sanitarios con conciencia social» (Burke, 2017, p. 10), lo cual tiene el efecto de reproducir un mito ampliamente extendido: vincular directa y exclusivamente la definición de la OMS a la tradición de la medicina social y, por lo tanto, situarla como un hito en el campo de la justicia social que nada tiene que ver con la racionalidad eugenésica.

Este mito fue también el lugar del que parta y al que llegue Larsen (2022, p. 3), según el cual «la expansiva definición de salud de la OMS», no remite a un «desarrollo científico de la medicina» sino que fue «el resultado de una lucha ideológicamente enquistada sobre el papel del gobierno en la sanidad, particularmente en Estados Unidos». Una lucha que arraigaba en «las ideas progresistas de la medicina social justo después de la guerra», que habían abierto el debate sobre la seguridad social sanitaria como servicio Estatal obligatorio (Larsen, 2022, p. 14).

En consecuencia, Larsen identificó como primera definición de salud similar a la de la OMS, la que fue escrita en los años 30 y divulgada en múltiples libros posteriores, por Henry Ernest Sigerist (1891-1957), conocido por ser uno de los más influyentes historiadores de la medicina del siglo XX y por su defensa del seguro social y de la socialización de la medicina durante el New Deal (1933-1945), que con el naciente macartismo le valió acusaciones de comunista y pro-soviético; algo que también le sucedió a Rajchman (Borowy, 2009) (ver Capítulo IV). Sigerist nació en París, ciudad donde fue escolarizado, pero pertenecía a una familia suiza acaudalada, y se formó en Zurich como filósofo y en Londres como lingüista especializado en lenguas orientales. Tras ello se doctoró en Medicina en la Universidad de Zúrich (1917) y, entre 1925 y 1931, enseñó en la Universidad de Leipzig, para después instalarse en Baltimore, EEUU. En 1932 relevó a su íntimo amigo William Henry Welch, cofundador del movimiento de higiene mental, como director del Instituto de Historia de la Medicina de la *Johns Hopkins University*, cargo que mantuvo hasta 1947 (Roemer, 1958; Temkin, 1958). La *Johns Hopkins University* era donde Adolf Meyer y el movimiento de higiene mental tenían —desde 1913— una de sus más importantes sedes de investigación, formación y tratamiento: la *Henry Phipps Psychiatric Clinic* (Lamb, 2014; Lidz, 1966).

La primera definición de salud similar a la de la OMS que Larsen (2020) identificó en los escritos de Sigerist simplemente admitía una transformación histórica: «cada vez se reconocía más que *la salud es algo más que la ausencia de enfermedad*» y remite a un libro de introducción a la medicina que publicó en alemán en 1931: *Einführung in die Medizin* (énfasis original, Sigerist, 1931, p. 347). Sigerist escribió dicho libro durante la estancia de investigación que hizo entre 1930 y 1931 en EEUU, particularmente en Baltimore y con Welch que, en 1930, año de sus ochenta aniversarios, participaba en un hito histórico de la higiene mental, movimiento al que había dedicado un gran empeño, en palabras de Beers:

primero ayudando al autor de “*A Mind That Found Itself*” en la fundación del *National Committee for Mental Hygiene*, luego convirtiéndose en Vicepresidente y Presidente y ahora, como su Presidente Honorario, y más tarde sirviendo como Presidente Honorario de *The American Foundation for Mental Hygiene*, como Presidente del *Organizing Committee of The International Committee for Mental Hygiene* y como Vicepresidente del *First International Congress on Mental Hygiene*... Los interesados en la higiene mental no pueden estarle lo suficientemente agradecidos...³³⁷

El año 1930 fue profundamente significativo para el movimiento de higiene mental: aquél que acogió el multitudinario *First International Congress on Mental Hygiene*, durante el mes de mayo en Washington, el cual había congregado a participantes de más de 41 países, y al que oficialmente asistieron 3.042 personas; el éxito del proceso de internacionalización de la higiene mental con Beers a la cabeza fue exultante, había por entonces más de 22 países que contaban con sus propios Comités Nacionales de Higiene Mental (Garton, 1994; Gutiérrez Avedaño, 2021; Thomson, 1995).

El discurso de apertura del Congreso, proclamado por su presidente William A. White, *The Origin, Growth and Significance of the Mental Hygiene Movement*, había hecho énfasis, precisamente, en la definición de salud *positiva* a la que la higiene mental había dado lugar, más allá de la prevención de la enfermedad y de la evitación de la muerte. Esta definición quedó vinculada a la necesidad de que las vidas tuviesen algún «valor social» y remitía al «arte de vivir» (William A. White, 1930, p. 80). La idea de que la salud es algo más que mera ausencia de enfermedades, fue algo que Sigerist reconoció, pero no inventó. Del mismo modo que reconocía la ampliación del campo de la medicina moderna, citando particularmente las potencialidades de la higiene mental, para prevenir los desajustes, y con ello, no sólo la enfermedad sino también el crimen:

³³⁷ Freeburg, Victor O. (Ed.). (1930). *William Henry Welch at eighty: A memorial record of celebrations around the world in his honor*. Committee on The Celebration of the Eightieth Birthday of Doctor William Henry Welch, p. 186.

En efecto, el campo de la medicina se ha ampliado considerablemente y nadie negará que el médico desempeña un papel cada vez más importante en la sociedad. Se ha convertido en el consejero del educador, y la higiene mental, en sus comienzos todavía, puede resultar un poderoso método de prevención de los desajustes en los individuos en crecimiento y, por tanto, puede ser capaz de prevenir no sólo la enfermedad, sino también el crimen. (Sigerist, 1946, p. 278)

Si analizamos las definiciones de salud incluidas en la Tabla 1, lo que observamos es que la idea de que la salud «es algo más que la ausencia de enfermedades», remite al movimiento de higiene mental, y particularmente a la concepción meyeriana de la salud que éste adoptó y difundió masivamente desde que entró a formar parte de la medicina preventiva en 1912 (NCMH, 1913). A partir de la dimensión mental del binarismo cartesiano (el concepto de *actividad mental* de Meyer) la salud pudo ser concebida, no *solo* como la ausencia de enfermedad, sino como una respuesta adaptativa y de ajuste «del individuo como un todo» al ambiente (Adolf Meyer, 1908, pp. 43-44), y por lo tanto al orden social contingente que le viene dado, con sus «costumbres y convenciones» (Gregory, 1912, p. 35). En este proceso la *vida* fue concebida en sí misma como un «proceso de ajuste» y la *salud* como un «estado de la mente y el cuerpo en el que los ajustes son relativamente buenos», es decir, funcionan *eficientemente* (NCMH, 1913, pp. 12-13). Esta visión se correspondía con la conceptualización de la locura y de los trastornos o enfermedades mentales entendidos como «desajustes potencialmente corregibles» y con la idea meyeriana según la cual la salud no debía ser protegida, sino *promovida* (Lamb, 2014; Winters, 1969). La higiene mental buscó en consecuencia enseñar a la gente a vivir su vida «correctamente», a dominar su actividad mental y desarrollar hábitos saludables, esto es, los que permitían responder al nivel máximo de eficiencia a las demandas ambientales «normales o inusuales» (Adolf Meyer, 1908, p. 44).

TABLA 1. PROCEDENCIA DE LA DEFINICIÓN DE SALUD ILIMITADA DE LA OMS

Año	Autor y referencia	Definición de salud (idioma original)	Definición de salud (traducción)***
1908	Meyer, A. (1908). <i>The Role of the Mental Factors in Psychiatry. American Journal of Psychiatry</i> , 65(1), 43–44.	Mind [...] is a sufficiently organized living being in action [...] A sufficiently organized brain is the main central link, but mental activity is really best understood in its full meaning as the adaptation and adjustment of the individual as a whole, in contrast to the simple activity of single organs such as those of circulation, respiration, digestion, elimination, or simple reflex activity. [...] We do not know all details of the modes of collaboration but the main lines. We study their differences of various reaction-types and of modifiability in various individuals and determine their chances of adjustment and their ability to work themselves through the conflicts, tangles, and temptations of usual and unusual demands. The extent to which the individual is capable of elaborating an efficient reaction determines the person's level.	La <u>mente</u> [...] es un <u>ser vivo</u> suficientemente organizado en acción; [...] Un <u>cerebro</u> suficientemente organizado es el eslabón central principal, pero <u>la actividad mental</u> se entiende mejor en su pleno significado como <u>la adaptación y el ajuste del individuo como un todo</u> , en contraste con la simple actividad de órganos individuales como los de circulación, respiración, digestión, eliminación o simple actividad refleja [...] No conocemos todos los detalles de los modos de colaboración [entre <u>mente y cerebro</u>] pero sí las líneas principales. Estudiamos sus diferencias en varios <u>tipos de reacción</u> y su modificabilidad en varios individuos y determinamos sus posibilidades de ajuste y su capacidad para trabajar por sí mismos a través de los conflictos, los enredos y las tentaciones que plantean las demandas [ambientales] habituales e inusuales. La medida en que el individuo es capaz de elaborar una <u>reacción eficiente</u> determina <u>el nivel de la persona</u> .
1912	Gregory, M. D. (1912). Social Service in Preventing Mental Breakdowns. <i>Proceeding of the Mental Hygiene Conference and Exhibit</i> . p. 35	Mental health may be defined as the ability of the individual to adjust himself to his social environment. By this, I mean his ability to adapt himself to society, its customs and conventions to the social fabric in which he lives and of which he is a part.	La salud mental puede definirse como <u>la capacidad del individuo para ajustarse a su entorno social</u> . Con ello me refiero a su capacidad para adaptarse a la sociedad, a sus costumbres y convenciones, al tejido social en el que vive y del que forma parte.

Año	Autor y referencia	Definición de salud (idioma original)	Definición de salud (traducción)***
1913	Paton, Stewart. (1913). Inauguration of Henry Phipps Psychiatric Clinic, 16 of April, 1913. (citado en, Meyer y Lief, 1948, p. 361)	A great blessing was conferred by science upon humanity when the problems of psychiatry were restated in biological terms. Life was recognized as a process of adjustment, relatively perfect in health and imperfect in disease.	Una gran bendición fue conferida por la ciencia a la humanidad cuando <u>los problemas de la psiquiatría</u> fueron replanteados <u>en términos biológicos</u> . La <u>vida fue reconocida como un proceso de ajuste, relativamente perfecto en la salud</u> e imperfecto en la enfermedad.
1913	NCMH. (1913). <i>Hand Book of the Mental Hygiene Movement and Exhibit. The National Committee for Mental Hygiene.</i> p. 11-12	Life is a process of adjustment; of the individual to the environment. Health is a state of mind and body in which the adjustments are relatively good, while in disease, of which insanity is a special form, they are insufficient or imperfect.	La <u>vida es un proceso de ajuste</u> ; del individuo al entorno. <u>La salud es un estado de la mente y el cuerpo en el que los ajustes son relativamente buenos</u> , mientras que <u>en la enfermedad</u> , de la que la locura es una forma especial, son <u>insuficientes o imperfectos</u> .
1916	*Whipple, George C. (1916), in Minutes of the Board of Estimate and Apportionment of the City of New York, June 1916, volume 4, p. 3146.	Health is more than the absence of disease. It is something positive, involves psyche and vitality, and is both mental and physical. The inherent difficulty at the present time is the absence of scientific methods of measuring this positive element in health.	La salud es algo <u>más que la ausencia de enfermedad</u> . Es algo <u>positivo</u> , implica <u>psique y vitalidad</u> , y es tanto <u>mental como física</u> . La dificultad inherente en la actualidad es la ausencia de métodos científicos para medir este elemento positivo de la salud.
1925	*Fleming, A. Grant. (1925). Keeping well people well. En <i>The Public Health Journal</i> (Vol. 16, Issue 10). Canadian Public Health Association. p. 461	Health is not mere freedom from obvious disease. It is a condition of well-being that allows for the best physical, mental and spiritual attainments.	La salud no es la mera ausencia de enfermedades evidentes. Es una condición de bienestar que permite alcanzar los mejores <u>logros físicos, mentales y espirituales</u> .

Año	Autor y referencia	Definición de salud (idioma original)	Definición de salud (traducción)***
1930	White, William A. (1930). <i>The Origin, Growth and Significance of the Mental Hygiene Movement</i> . Science, LXXOO(1856). p. 80.	mental hygiene has developed a positive aspect [...] contagious and infectious and epidemic diseases [...] are all in process of solution [...] it becomes of increasing significance that these lives that are to continue for so many more years should afford some measure of comfort to their possessors and be of some social value. [...] The art of living must replace the avoidance of death [...] Health is a positive, not a negative concept.	la higiene mental ha desarrollado un <u>aspecto positivo</u> [...] las enfermedades contagiosas, infecciosas y epidémicas [...] están todas en vías de solución [...] cada vez es más importante que estas vidas que van a continuar durante muchos años más proporcionen cierta comodidad a sus poseedores y tengan algún <u>valor social</u> . [...] El <u>arte de vivir</u> debe sustituir a la evitación de la muerte [...] La <u>salud es un concepto positivo</u> , no negativo.
1931	**Sigerist, Henry E. (1931). <i>Einführung in die Medizin</i> , p. 347.	Man erkannte immer deutlicher, dass <i>Gesundheit mehr ist als das Fehlen von Krankheit</i> .	Cada vez se reconocía más que <u>la salud es algo más que la ausencia de enfermedad</u> .
1932	**Sigerist, Henry E. (1932) <i>Man and Medicine</i> , p. 293.	It became more and more apparent that <i>health is more than the absence of disease</i> .	Cada vez era más evidente que <u>la salud es algo más que la ausencia de enfermedad</u> .
1937	**Sigerist, Henry E. (1937) <i>Socialized Medicine in the Soviet Union</i> , p. 98.	In such a society health means more than the absence of disease. It has become something positive, a joyful attitude toward life.	En <u>una sociedad así</u> , la <u>salud</u> significa <u>algo más que la ausencia de enfermedad</u> . Se ha convertido en algo <u>positivo</u> , una <u>actitud alegre</u> ante la vida.
1941	**Sigerist, Henry E. (1941). <i>Medicine and Human Welfare</i> , p. 100.	Health is, therefore, not simply the absence of disease; it is something positive, a joyful attitude toward life, and a cheerful acceptance of the responsibilities that life puts on the individual.	Por tanto, la salud no es simplemente <u>la ausencia de enfermedad</u> ; es algo <u>positivo</u> , una <u>actitud alegre</u> ante la vida y una aceptación alegre de las <u>responsabilidades que la vida impone al individuo</u> .
1943	**Gautier, Raymond. (1943) <i>International Health of the Future</i> , 15 March 1943	For health is more than the absence of illness: The word "health" implies something positive, namely, physical, mental and moral fitness.	Porque la salud es <u>algo más que la ausencia de enfermedad</u> : La palabra " <u>salud</u> " <u>implica algo positivo</u> , a saber, <u>aptitud física, mental y moral</u> .
1943	**Gautier, Raymond. (1943) <i>The Future Health Organization</i> , 31 May 1943	...the promoting of health for all, which means something quite different than the mere absence of disease.	...la <u>promoción de la salud</u> para todos, que significa algo muy distinto de la <u>mera ausencia de enfermedad</u> .

Año	Autor y referencia	Definición de salud (idioma original)	Definición de salud (traducción)***
1945	**Gautier, Raymond y Biraud, Yves. (1945). <i>Draft Constitution of the International Public Health Organisation of the United Nations</i> , 27 September 1945	Whereas health is not only the absence of infirmity and disease but also a state of physical and mental well-being and fitness resulting from positive factors, such as adequate feeding, housing and training.	Considerando que <u>la salud no es sólo la ausencia de afecciones y enfermedades</u> , sino también un estado de <u>bienestar físico y mental y de aptitud resultante de factores positivos</u> , como una alimentación, una vivienda y una formación adecuadas.
1946	Stampar, Andrija. (1946). IPHO draft constitution, introduced at TPC, 19 March 1946 (WHO Interim Commission, 1947)	Health is not only the absence of disease, but also a state of physical and mental well-being and fitness resulting from positive factors, such as adequate feeding, housing and training.	La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también <u>un estado de bienestar y aptitud física y mental resultante de factores positivos</u> , como una alimentación, una vivienda y una formación adecuadas.
1946	TPC preamble draft, 21 March 1946 (WHO Interim Commission, 1947)	Health is not only the absence of infirmity or disease but also a state of physical fitness and mental and social well-being.	La <u>salud no es sólo la ausencia de afecciones o enfermedades</u> , sino también un <u>estado de aptitud física y de bienestar mental y social</u> .
1946	TPC preamble adopted, 2 April 1946 (WHO Interim Commission, 1947)	Health is a state of physical fitness and of mental and social well-being, not only the absence of infirmity or disease.	La <u>salud es un estado de aptitud física y de bienestar mental y social</u> , y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades.
1946	International Health Conference, 19 July 1946 (final constitution; WHO Interim Commission, 1948)	Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.	La salud es un <u>estado de completo bienestar físico, mental y social</u> , y no solamente <u>la ausencia de afecciones o enfermedades</u> .
* He llegado a estas definiciones a partir del trabajo de Burke (2017)			
** He llegado a estas definiciones a partir del trabajo Larsen (2022)			
*** Traducción y énfasis subrayado de la autora.			

La definición de Whipple, no hizo más que recoger lo anterior, enfatizando su procedencia, la dimensión mental del dualismo cartesiano. Es evidente que Sigerist, recogió esta conceptualización *positiva* de la salud y la difundió extensamente, empleándola para abogar por la socialización de la medicina, e insertándola, cada vez con más ahínco, en el campo de la medicina social (Larsen, 2022). En *Socialized Medicine in the Soviet Union*, la empleó para describir el sistema soviético de salud y vincularlo a la alegría de vivir, y en *Medicine and Human Welfare*, expandió dicha alegría a la aceptación «de las responsabilidades que la vida impone al individuo» (Sigerist, 1937, p. 98).

Gautier y Biraud recogieron de Sigerist esta expansiva definición positiva de salud, y la emplearon también para abogar por su programa de medicina social (Larsen, 2022) integrando, en el concepto evolucionista y eugenista de *fitness* del que era deudora, las dimensiones física y mental, y vinculando la promoción de dicha salud a los «factores positivos» y político-sociales que buscaban expandir «alimentación, una vivienda y una formación adecuadas» (Gautier y Biraud, 1945). Esta será la definición que recoja el borrador de constitución presentado por Stampar al CTP (ver Tabla 1).³³⁸

La integración del concepto de *bienestar* en la definición de salud, que ya había efectuado en 1925 A. Grant Fleming (1887–1943) —no por casualidad higienista mental— conceptualizándolo como un catalizador de «logros físicos, mentales y espirituales», fue ganando fuerza con la emergencia del *Welfare State* y se fusionó con el de aptitud (*fitness*) en el *Draft Constitution of the International Public Health Organisation of the United Nations* (1945) que Gautier y Biraud entregaron a Stampar, y éste al CTP de la constitución de la OMS (Borowy, 2009; Burke, 2017; Larsen, 2022). En adición, Gautier y Biraud, representantes de la medicina social formados principalmente en el campo de las epidemias, fueron invirtiendo desde 1943 el orden en las dimensiones de la definición positiva y holística de salud que prefiguró la higiene mental, colocando la dimensión física sistemáticamente a la vanguardia de la mental (véase Tabla 1).

El *fitness*, la *salud* y la *eficiencia*, tanto individual como nacional, como vimos en capítulos precedentes,³³⁹ fue el locus de partida de los movimientos de raigambre eugenésica en sus distintas formas, incluyendo aquí la higiene racial y la eugenesia

³³⁸ WHO Interim Commission. (1947e). Annex 9. Suggestions relating to the constitution of an International Health Organization (submitted by Dr. A. Stampar, Yugoslavia, 20 March 1946). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization. p. 59.

³³⁹ Véase sobre todo el Capítulo V.

británica, pero también la higiene mental y la higiene social francesa. Esta tríada era, por tanto, el punto de confluencia hacía una definición positiva de salud entre el movimiento de la higiene mental y el de la medicina social de entreguerras que, como vimos, también partía de preocupaciones eugenésicas relacionadas con la fuerza de trabajo (Cussó, 2015; Rotramel, 2010; Zylberman, 1994); algo que seguirá presente sin duda en el CTP. Si la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, se convirtieron en algo tan importante para los Estados, fue en primer lugar y mucho antes de que la salud en tanto objeto de consumo se convirtiera en un mercado de primer orden, porque en ellas estaba puesta la producción de una ciudadanía *apta*, capaz de desplegar una fuerza de trabajo superior y garantizar la *eficiencia nacional*. El concepto de *bienestar*, que impulsó la Gran Depresión, no vendrá más que a sumarse a esta matriz capitalista. Así, el borrador presentado por Stampar conceptualizó el «bienestar del niño [...] como el capital más precioso, pero más vulnerable de una nación».³⁴⁰ Considérese también este fragmento del borrador presentado al CTP por Cavaillon y Leclainche, miembros destacados de la medicina social que pertenecían a la delegación francesa:

Considerando que no puede haber *seguridad material, seguridad social ni bienestar* para los individuos ni para las naciones sin salud, y que *las plenas responsabilidades de un hombre libre sólo pueden ser asumidas por individuos sanos*,
Considerando que la difusión de nociones adecuadas de higiene entre las poblaciones tiende a *mejorar el nivel de salud* y, por consiguiente, a *aumentar su capacidad de trabajo* y a elevar su nivel de vida.³⁴¹

Si la definición *positiva* de salud que consagró la OMS tenía una larga trayectoria asentada en las nociones de *fitness* y *eficiencia* que, por su carácter positivo con respecto a la producción de una ciudadanía *apta*, por su potencial ilimitado de inscribir como problemas médicos toda suerte de fenómenos individuales pero también políticos y sociales, venía posibilitando su adopción desde diferentes frentes de lucha, la afirmación de un «derecho humano a la salud» —y *no* a la asistencia médica o a la protección contra las enfermedades—, fue la innovación derivada de esta matriz a la que dio lugar del proceso constituyente de la OMS.

³⁴⁰ WHO Interim Commission. (1947). Annex 9. Suggestions relating to the constitution of an International Health Organization (submitted by Dr. A. Stampar, Yugoslavia, 20 March 1946). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization. p. 59.

³⁴¹ WHO Interim Commission (1947d). Annex 8. Proposal for an international convention establishing the international health organization (Submitted by Dr. A. Cavaillon and Dr. X. Leclainche, 19 March 1946). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization. p. 49.

La supremacía del derecho humano a la salud: una cuestión de *fitness* (mental)

La idea de un derecho humano a la salud no estaba expresada en ninguno de los cuatro borradores que fueron presentados y analizados como punto de partida por el CTP, pero apareció tempranamente en el primer borrador de Preámbulo elaborado por el Subcomité que presidía Sze, y en el que también participaban Chisholm, Bermann y Cančík.³⁴² No obstante sí había precedentes. Si se pudo formular un derecho humano a la salud, es porque la salud —mental y moral— a través del concepto de *aptitud* (*fitness*) tan presente en las definiciones previas (ver Tabla 1), se había constituido primero, como lo señala la cita del borrador presentado por la delegación francesa, en una *obligación* y un *prerrequisito* para el ejercicio de los derechos y obligaciones de ciudadanía: «las plenas responsabilidades de un hombre libre sólo pueden ser asumidas por individuos sanos»;³⁴³ o, en palabras de Sigerist, «la salud es positiva» indica «una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo» (Sigerist, 1941, p. 100).

El borrador final de constitución de la OMS que fue enviado al *Consejo Económico y Social*, y que Chisholm remató en base a los trabajos previos de las subcomisiones, consagraba en su preámbulo la definición de salud que la OMS adoptó con leves pero significativas modificaciones. Éste formulaba el derecho humano a la salud —entendida esta como un estado de *fitness* físico y bienestar mental y social—, y establecía su *supremacía* con respecto a los otros derechos humanos todavía por formular. En el borrador que salió de la CTP las libertades fundamentales aparecen supeditadas, tanto en su *obtención* como en su *mantenimiento* al derecho humano a la salud. La matriz incorporó además los postulados de la medicina social y el derecho a la no discriminación en salud, que resultó expandido con respecto a la Carta de las Naciones Unidas a los nódulos de *ideología política y condición económica o social*, posteriormente insertos en la DUDH. Además, partiendo de la colaboración entre medicina, psicología y disciplinas afines, contenía también la semilla de la que debería nacer el programa interdisciplinar de ingeniería social que llevaba consigo Chisholm, arraigado en la modulación de la personalidad desde la infancia y destinado a la

³⁴² WHO Interim Commission. (1947a). Annex 10. Draft of “Preamble” to the convention of the World Health Organization (Submitted by the Sub-Committee, 21 March 1946). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization.

³⁴³ WHO Interim Commission (1947d). Annex 8. Proposal for an international convention establishing the International Health Organization (Submitted by Dr. A. Cavaillon and Dr. X. Leclainche, 19 March 1946). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization. p. 49

producción de una ciudadanía mundial, como requisito para el establecimiento de la paz y la seguridad internacionales y las relaciones armoniosas entre los pueblos.

Los Estados Partes en esta Convención Mundial reconocen las siguientes verdades como básicas para las relaciones armoniosas entre todos los pueblos del mundo.

La salud es un estado de *aptitud* [fitness] física y de bienestar mental y social, no sólo la ausencia de dolencias y enfermedades.

El *derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales* que tiene todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social.

Las libertades fundamentales *sólo pueden obtenerse y mantenerse cuando las personas están sanas*, bien alimentadas y protegidas contra las enfermedades.

La salud es un factor esencial para alcanzar la seguridad y el bienestar de las personas y los Estados.

Una *salud emocional individual y colectiva* satisfactoria es esencial para la armonía de las *relaciones humanas*.

El *desarrollo saludable del niño hacia la ciudadanía mundial* es de vital importancia.

La *extensión de los beneficios más completos de los conocimientos médicos, psicológicos y conocimientos afines* a todas las personas es un objetivo necesario que debe alcanzarse (énfasis mío).³⁴⁴

Chisholm tuvo una importante influencia en el CTP, fue él quien propuso el nombre de Organización Mundial de la Salud el 21 de marzo «para mostrar que, a diferencia de otros organismos, la Organización sería aún más que internacional».³⁴⁵ También fue el responsable de incorporar en la constitución de la OMS un proyecto biopolítico de *pacificación* mundial, fundamentado en la retórica de las relaciones humanas y la interdisciplinariedad, cuyo despliegue era por entonces hegemónico en las ciencias sociales y humanas anglosajonas. Éste debía orientarse a catalizar un proyecto de ingeniería social anclado en el *nurture*: prácticas de crianza y modulación de las personalidades desde la infancia. Al parecer Chisholm logró convencer al resto de delegados de que la tarea del Comité no conocía límites:

La guerra biológica, al igual que la bomba atómica, se ha convertido en una amenaza temible y, a menos que los médicos y otras personas tomen conciencia de sus responsabilidades y actúen de inmediato, toda la raza corre el riesgo de una extinción total. Evidentemente, esta acción no podía detenerse en las fronteras internacionales. El mundo estaba enfermo, y los males que padecía se debían principalmente a la perversión del hombre, a su incapacidad para vivir en paz consigo mismo. Era en el hombre mismo donde había que buscar la causa de los males actuales. El microbio ya no era el enemigo principal: la ciencia estaba lo suficientemente avanzada como para poder hacerle frente admirablemente, si no fuera por barreras como la superstición, la ignorancia, la intolerancia religiosa, la miseria y la pobreza. Estos males psicológicos deben ser comprendidos para poder prescribir un remedio, y el alcance de la tarea ante

³⁴⁴ WHO Interim Commission. (1947c). Annex 23. Proposals for the Constitution of the World Health Organization (as submitted to the Economic and Social Council. 21 March 1946). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization. p. 69.

³⁴⁵ WHO Interim Commission. (1947f). Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference. World Health Organization. p. 17.

el Comité, por lo tanto, no conocía límites, Por esa razón, el Dr. Chisholm se asoció con los “visionarios”. Lo que estaba ocurriendo en estas reuniones tendría una gran importancia histórica si todos los miembros aspiraban a un logro universal y mundial. Para ello, quizá tuvieran que morder más de lo que podían masticar, pero la alternativa era el caos total. Deberían hacer todo lo posible por unir a todos los pueblos del mundo al servicio de la salud física, social y emocional.³⁴⁶

La formulación explícita de la supremacía del derecho a la salud, cuyo exterior constitutivo provenía del estado de excepción al ejercicio de los derechos y obligaciones por atribución de deficiencia o enfermedad en el espectro de la mente, del manicomio como «campo» (Agamben, 2019), así como de las suspicacias que la izquierda progresista y cosmopolita mantenía con respecto a las capacidades mentales de las clases desposeídas para el sufragio universal (Bashford, 2010; Nussbaum, 2019; Oosterhuis, 2014; Toms, 2012), fue eliminada de la Constitución final de la OMS que se aprobó en la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York el 22 de julio del 1946 con 61 Estados firmantes, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. No obstante, este borrado será tan solo aparente. En la década de los 70 la supremacía del derecho humano a la salud mostrará su rostro como un estado de excepción explícito a los derechos humanos universales consagrados en la DUHD, que aplique específicamente por atribución de deficiencia, enfermedad o discapacidad en el espectro de la mente, una cuestión de la que nos ocuparemos más adelante.

En lo que respecta al momento histórico que estamos analizando valgan las palabras que Julian Huxley (1887-1975) Primer Director General de la UNESCO y quizá no por casualidad hermano del autor de *Un Mundo Feliz* (Aldoux Huxley, 2021), escribía en un documento oficial de ésta titulado *UNESCO: Its Purpose and Philosophy*, publicado orgullosamente por las Naciones Unidas en 1946. Su discurso derivaba según el propio Huxley del reconocimiento de «la desigualdad biológica [que] es, por supuesto, la base sobre la que se fundamenta toda la eugenesia» (Julian Huxley, 1946, p. 21). Me permitiré citarlo extensamente para que podamos observar cómo se articula el racismo, con el cuerdismo y el capacitismo. También para ilustrar algo que ha sido recientemente demostrado, y es que, tras el Exterminio Nazi, que ha quedado para la posteridad práctica y exclusivamente identificado con el Holocausto judío, obviando el exterminio masivo de otros pueblos racializados como el gitano, y de otros cuerpos devaluados como las personas psiquiatrizadas, la aplicación eugenésica al eje racial quedó crecientemente deslegitimada, algo que no sucedió con respecto al eje capacitista y cuerdisto de

³⁴⁶ WHO Interim Commission. (1947). *Official Records of the World Health Organization, No. 1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization, p. 13

desigualdad. Ya en el periodo de entreguerras, la eugenesia se incorporó al movimiento internacionalista y cosmopolita de la «ciudadanía mundial» como principio *universal*, hereditario y evolutivo de la humanidad en su conjunto, incompatible para algunos con el nacionalismo y el racismo, pero no con su *leitmotif*: el capacitismo y el cuerdismo (Bashford, 2010; Cussó, 2015). Éste era el lugar desde el que sin duda hablaba Chisholm (1946b, 1946a), y también en el que Huxley sitúa abiertamente el proyecto y propósito de la UNESCO:

Llegamos a un problema difícil: descubrir cómo podemos conciliar nuestro principio de igualdad humana con el hecho biológico de la desigualdad humana. El principio democrático de igualdad, que también es el de la Unesco, es un principio de igualdad de oportunidades: los seres humanos deben ser iguales ante la ley, deben tener las mismas oportunidades de educación, de ganarse la vida, de libertad de expresión, de movimiento y de pensamiento. La ausencia biológica de igualdad, por otra parte, se refiere a las dotes naturales del hombre y al hecho de la diferencia genética con respecto a ellas. Hay casos de desigualdad biológica tan flagrantes que no pueden conciliarse en absoluto con el principio de igualdad de oportunidades. Así, a los deficientes mentales de bajo grado no se les puede ofrecer igualdad de oportunidades educativas, ni los locos son iguales a los cuerdos ante la ley o con respecto a la mayoría de las libertades. Sin embargo, no se han extraído con frecuencia todas las consecuencias del hecho de la desigualdad humana y ciertamente es necesario sacarlas a relucir aquí, ya que son muy relevantes para la tarea de la Unesco. [...] Es, pues, de la mayor importancia preservar la variedad humana; todos los intentos de reducirla, ya sea tratando de obtener una mayor “pureza” y, por consiguiente, uniformidad dentro de una llamada raza o de un grupo nacional, ya sea tratando de exterminar cualquiera de los amplios grupos raciales que dan a nuestra especie su mayor variedad, son científicamente incorrectos y se oponen al progreso humano a largo plazo. Por el contrario, la Unesco debe procurar que los grupos raciales que, por su lejanía o su atraso, han participado hasta ahora poco en el acervo común, contribuyan a él en la mayor medida posible. Si bien las dificultades sociales causadas por un amplio cruce racial pueden ser demasiado grandes para permitir su uso deliberado en gran escala como medio de aumentar aún más la extensión de la variabilidad genética humana, debemos sin duda aprovechar al máximo la variabilidad que ya existe. [...] mientras que la variedad es en sí misma deseable, la existencia de débiles, locos y deficientes morales no puede sino ser mala [...] el principio de igualdad de oportunidades debe modificarse para que diga “igualdad de oportunidades dentro de los límites de la aptitud”. Muchas personas no son lo suficientemente inteligentes o escrupulosas como para que se les confíe una responsabilidad política, lo que desgraciadamente no impide que un buen número de ellas la alcancen. Adaptar el principio de igualdad democrática al hecho de la desigualdad biológica es una tarea de primer orden para el mundo, que se hará cada vez más urgente a medida que avancemos hacia la realización de la igualdad de oportunidades. [...] Por el momento, es probable que el efecto indirecto de la civilización sea disgenésico en lugar de eugenésico; y, en cualquier caso, parece probable que el peso muerto de la estupidez genética, la debilidad física, la inestabilidad mental y la propensión a las enfermedades, que ya existen en la especie humana, resulte una carga demasiado pesada para que se logre un progreso real. Así pues, aunque es muy cierto que cualquier política eugenésica radical será durante muchos años política y psicológicamente imposible, será importante que la Unesco vele por que el problema eugenésico se examine con el mayor cuidado, y que se informe a la opinión pública de lo que está en juego para que lo que ahora es impensable pueda al menos llegar a ser pensable (Julian Huxley, 1946, pp. 18-21).

Durante la Conferencia Sanitaria de Nueva York también desapareció de la definición de salud, la noción evolucionista y eugenista de *fitness* en la que anclaba la supremacía

de la salud, en favor de la expansión del benevolente término de *bienestar*, que encapsuló la definición ilimitada de salud de la OMS, y con ello estableció la condición de posibilidad para el proyecto de medicalización mundial sin precedentes al que asistimos. No obstante, esta desaparición fue tan sólo aparente, no quedó registro en las minutas de la Conferencia de controversia o disputa alguna en torno al término *fitness*. Es más, el discurso de clausura del Presidente de la Conferencia, el delegado estadounidense Thomas Parran, ante las Naciones que habían «firmado la Carta Magna de la Salud» que daría vida a la OMS, que debía redundar en la creación tecnocientífica de «un deseo ardiente» en el «hombre común de todas partes» por alcanzar el grado más alto posible de salud, estableció los dos objetivos principales de la OMS:

La prevención de enfermedades era un primer objetivo. Pero ése era sólo un paso inicial. El hambre y la malnutrición atrofiaban los cuerpos y deformaban las mentes de una gran parte de la población mundial. Liberarse de la miseria alimentaria era otro objetivo que la Organización podía esperar alcanzar aunando sus conocimientos nutricionales con los esfuerzos en materia de alimentación y agricultura de las Naciones Unidas. El siguiente paso hacia la salud mundial era la mejora positiva de la salud —de la aptitud [*fitness*] física y mental. Se buscarían y alcanzarían niveles más altos de desarrollo físico, una vida más larga, más productiva y más vigorosa.³⁴⁷

Por lo demás, el preámbulo que fue finalmente consagrado en la Constitución de la OMS fue bastante parecido al contenido en el borrador final del CTP.

CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

LOS ESTADOS partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

³⁴⁷ WHO Interim Commission. (1948). *Official Records of the World Health Organization No. 2: Proceedings and Final Acts of the International Health Conference Held in New York from 19 June to 22 July 1946*. World Health Organization, p. 94-95.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

ACEPTANDO ESTOS PRINCIPIOS, con el fin de cooperar entre sí y con otras en el fomento y protección de la salud de todos los pueblos, las Partes Contratantes convienen en la presente Constitución y por este acto estable La finalidad de la Organización Mundial de la Salud (llamada de ahora en adelante la Organización) será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.³⁴⁸

La finalidad de la OMS quedó condensada a propuesta de Chisholm, delegado canadiense de la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York y por consenso en la misión de «alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud» (Art. 1) y entre las funciones que para ello se le atribuyeron, claramente vinculadas con el proyecto de pacificación que Chisholm buscó catalizar todavía figuran: la de «promover la salud y la asistencia maternal e infantil; y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente» (Art. 2.1) y; la de «fomentar las actividades en el campo de la higiene mental, especialmente aquellas que afectan las relaciones armónicas de los hombres» (Art. 2 m).

La victoria de Chisholm: hacia la producción del *world citizen*

Con estas poderosas herramientas consagradas en el nuevo y único Organismo Internacional de Salud Chisholm se puso manos a la obra. Mientras ejercía de Secretario Ejecutivo de la Comisión Interina de la OMS —la cual estuvo operativa hasta su entrada en vigor— Chisholm dio una importante charla en un encuentro anual de la *American Psychiatric Association*, que tuvo lugar del 19 al 23 de mayo del 1947 (Chisholm, 1948). Allí presentó de nuevo su proyecto científico de pacificación y salvamento mundial de la «raza», esto es, la producción sistemática de un nuevo tipo de ser humano «maduro». Un proyecto que en su opinión debían liderar la psiquiatría y la psicología, las verdaderas

³⁴⁸ La traducción oficial al español de la Constitución de la OMS que los Estados parte firmaron en Nueva York puede ser consultada en el Anexo 1 del siguiente documento: OMS. (1958). *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. Las reformas a la Constitución de la OMS adoptadas por la 26.^a, la 29.^a, la 39.^a y la 51.^a Asambleas Mundiales de la Salud, que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005 (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), no han afectado a los parágrafos citados en este manuscrito. Sobre la participación de Chisholm y sus defensas clave durante la Conferencia sanitaria de Nueva York en la que se aprobó la Constitución de la OMS véase: WHO Interim Commission. (1948). *Official Records of the World Health Organization No. 2: Proceedings and Final Acts of the International Health Conference Held in New York from 19 June to 22 July 1946*. World Health Organization, p. 16, 45, 49.

ciencias sobre el individuo, eso sí, con la ayuda de la antropología, la sociología y la economía. No había otra opción. La responsabilidad de salvar al mundo de una tercera guerra mundial capaz de desembocar en la extinción de la «raza», de liberar a los individuos de sus neurosis, de producir un ciudadano mundial, estaba en manos de estos especialistas, la aceptasen o no.

Durante estos próximos 2 años hay una oportunidad para que la psicología y la psiquiatría justifiquen su existencia a los ojos del mundo —por primera vez para contribuir de manera muy importante y reconocible al ritmo futuro del mundo convirtiéndose en verdaderos líderes en el desarrollo planificado de un nuevo tipo de ser humano, uno que pueda vivir al ritmo de sí mismo y de sus semejantes (Chisholm, 1948, p. 546).

Chisholm clamó por una aproximación científica y objetiva, e interpeló a los hombres y mujeres de la sala que lo escuchaban a que se examinasen en su rol de padres. No interpeló sin embargo a la psiquiatría en tanto ciencia, a que examinase como su saber, su poder y sus técnicas, habían contribuido a legitimar la emergencia y el despliegue del exterminio nazi, a pesar de que un puñado de eminentes psiquiatras, médicos y científicos sociales vinculados al régimen nazi estaban, precisamente en aquellos días, afrontando el *Juicio a los Doctores* de Nuremberg.³⁴⁹ El primero que juzgaba los «crímenes contra la humanidad» perpetrados por el régimen nazi (López-Muñoz et al., 2007). La semilla que estaba plantando Chisholm se distanciaba, sin embargo, del proyecto nacionalista de producción biológica de una “Raza Superior”. Su propuesta de producción de lo humano en el fondo no sólo era más noble, sino también más ambiciosa, pues el *valioso fruto* que habría de producir sería universal. Además de estar dirigida al mundo entero y no a una nación particular, también a diferencia de la desplegada por el nazismo, asentaba sus procesos de *fabricación* de lo humano, no en el control del stock genético, sino en la modulación del *nurture*.

existe ahora una ansiedad mundial muy importante que está plenamente justificada por el estado actual del mundo, [...] sobre nosotros mismos como raza, sobre nuestra capacidad para sobrevivir [...], y sobre la validez de todos los métodos que hemos probado anteriormente con la esperanza de evitar la guerra. Esta ansiedad proporciona un terreno fértil para la plantación y el desarrollo de semillas que podrían ser del tipo que Hitler y los suyos han plantado o podrían ser de nuevos tipos científicamente desarrollados que producirán frutos valiosos para todo el mundo y no sólo para una “Super Raza” a expensas del resto del mundo (Chisholm, 1948, p. 545).

Chisholm tenía claro que el programa de pacificación mundial destinado a «salvar a la raza» no debía desarrollarse «en las clínicas psiquiátricas ni en los hospitales

³⁴⁹ Véase National Archives and Records Administration. (1974). *Records of the United States. Nuremberg War Crimes Trial. United States of America V. Carl Brandt et al (Case 1)*. National Archives and Records Administration.

mentales» sino en los «hogares y en las escuelas, pero también en la industria y en el conjunto de la vida comunitaria» (Chisholm, 1948, p. 545). Los psiquiatras y los psicólogos deberían por tanto profundizar en el proceso ya iniciado de capilarizar, ya no la sociedad occidental y sus agencias, sino todas y cada una de las civilizaciones del mundo. En este despliegue «todas las demás actividades psiquiátricas, el cuidado de los enfermos mentales, la psicoterapia, la investigación psiquiátrica» debían transmutar en «meros laboratorios donde se estudie la patología y la etiología de las relaciones intra e interhumanas, en aras de la prevención de la inadaptación personal y social, y con la esperanza de la supervivencia racial» (Chisholm, 1948, p. 547). Había quienes, por lo tanto, estaban relegados, al igual que en el caso nazi, a ser objetos de experimentación psiquiátrica, en este caso no para producir una «raza superior» en el sentido biológico, sino un nuevo tipo de «ciudadano del mundo» en el sentido democrático, intersubjetivo y de ajuste social.

Era sin duda el momento de pasar a la acción y, ante la ansiedad generalizada en la que estaba sumido el mundo, las circunstancias no podían ser más favorables. La OMS había proporcionado «una increíble Constitución que ha sido firmada por 63 naciones y ratificada ahora por doce», que Chisholm no dudó en leer a los asistentes, haciendo énfasis especialmente en aquellos fragmentos del preámbulo, las funciones y la finalidad de la Organización, por los que él había abogado, y que ya vimos en el apartado anterior (Chisholm, 1948, p. 545). Con tales herramientas, Chisholm anunció a los asistentes que el lanzamiento del proyecto de ingeniería psicosocial a través de la promoción de la «salud mental» por el cual abogaba, ya estaba en curso, y tendría lugar próximamente:

está previsto para agosto de 1948, en Londres, un Congreso Internacional sobre Salud Mental. También aquí, por primera vez, en circunstancias tan favorables de ansiedad y acción potencial, se presenta una oportunidad única. La Organización Mundial de la Salud, para cumplir con las obligaciones en el campo de la salud mental y social que le han sido impuestas por las naciones del mundo, debe desarrollar planes que lleguen lejos en el futuro y que sean de alcance mundial. ¿De dónde saldrán esos planes? ¿Quién los iniciará? ¿De qué organismo emanará su autoridad técnica? ¿Quién reunirá la experiencia de todas las naciones en este campo y asesorará a la Organización Mundial de la Salud? Seguramente la respuesta a estas preguntas es obvia: a partir del Congreso Internacional de Salud Mental debería desarrollarse una organización permanente destinada en gran medida a este fin. [...] El tiempo de preparación es corto. Parece que ustedes, los hombres y mujeres de esta sala, tienen gran parte de la responsabilidad de determinar lo que ese Congreso hará por y para los pueblos del mundo o, por el contrario, lo que trágicamente puede dejar sin hacer (Chisholm, 1948, p. 546).

El acta de nacimiento de la salud mental en el campo intergubernamental

El Congreso Internacional de Salud Mental con el que Chisholm (1948) interpelaba a la APA en mayo del 1947, arrojando a sus asistentes la responsabilidad de decidir entre *salvar* a la «raza» humana o dejar que se *exterminase* a sí misma, inscribió su trayectoria en los dos Congresos Internacionales de Higiene Mental celebrados anteriormente, por lo que conviene algunos preliminares (Brody, 2004b, 2004a; John Cohen, 1948).

El *First International Congress on Mental Hygiene* que se celebró en Washington (1930) y que ya comentamos con anterioridad, implicó la fundación del *International Committee for Mental Hygiene* (ICMH: Comité Internacional para la Higiene Mental), uno de los múltiples organismos internacionales que Beers llevaba planificando para el movimiento de higiene mental desde 1919 (Dain, 1980). Con el auge de la Gran Depresión el ICMH tuvo un crecimiento lento y atropellado (Brody, 2004a), lo que no impidió que en 1937 convocase el *Second International Congress on Mental Hygiene*. Éste fue celebrado en París ante el implacable ascenso de los fascismos en Europa, y a diferencia del anterior que ya incorporaba un énfasis interdisciplinar, acabó centrándose en la psiquiatría y atrajo a un número reducido de participantes: menos de 300 en contraste con los más de 3.000 que habían asistido oficialmente al primero (Thomson, 1995). Inevitablemente este Segundo Congreso estuvo marcado por el estallido de la Guerra Civil Española ante el cual Francia se declaró neutral, y de un modo más específicamente controvertido por la participación de algunos de los líderes de la psiquiatría nazi. Particularmente por la intervención de su eminente cabecilla, Ernst Rüdin (Dain, 1980; Thomson, 1995)., de quién nos ocupamos extensamente en capítulos anteriores (Gershon, 1997; Joseph y Wetzel, 2013; Weiss, 2013). En aquellos momentos nadie podía anticipar claramente cuál sería la política exterior del III Reich, pero sí era bien conocida su política interior, pues para 1937, con el inestimable asesoramiento de Rüdin, éste ya había puesto a funcionar los elementos principales de su aparato de soberanía basado en la higiene racial: la Ley de esterilización forzosa del 1933 y las Leyes racistas de Nuremberg del 1935 (Friedlander, 1995; Müller-Hill, 1998).

Hubo un conflicto entorno a la política organizativa de este Segundo Congreso que me interesa visibilizar. Éste revela cómo el movimiento de higiene mental continuaba a mediados de los años 30 integrando a la eugenesia en su campo de acción, a pesar de que en lo que remite a su proyecto de «raza superior», hacía más de una década que había desplazado su interés por la producción del «material humano» en términos

biológicos, al modelamiento «del material que se nos ofrece» a través de las técnicas del desarrollo de la personalidad (White, 1921, p. 60).

La eugenesia tuvo su espacio propio en el Segundo Congreso y el invitado especial para hablar de ella fue Rüdin, algo que inquietó al neurólogo americano Bernard Sachs (1878-1944): no porque estuviera en contra de la eugenesia en sí misma en tanto estrategia nuclearmente cuerdista y capacitista, sino porque como tantos otros cosmopolitas como Chisholm y Huxley (Bashford, 2010) rechazaba la aplicación racista que de ésta estaba haciendo el III Reich. Como señaló Dain (1980, p. 277), Sachs se vio interpelado a escribir a Beers para recriminarle la elección del orador principal sobre la eugenesia, que él no había hecho, pero sí consentido:

El “hombre de Munich [...] a quien usted ha puesto como primer orador sobre la Condición y el Papel de la Eugenesia en la Prevención de las Enfermedades Mentales, es Ernst Rüdin... el más abierto y rabioso protagonista nazi... que encabeza todo un grupo de hombres que ahora están haciendo que las doctrinas eugenésicas se ajusten abiertamente a las doctrinas de pureza racial del actual régimen alemán.” Beers lamentó la elección de un hombre con un “punto de vista estrecho y nazi”; sin embargo, la decisión no fue suya sino del comité ejecutivo del congreso de París, y justo entonces (1935) nada que no fuera una guerra entre Francia y Alemania podría sacar a Rüdin del programa.

Con el estallido de la II Guerra Mundial, y el retiro de Beers en 1939 y posterior muerte en 1943, desafortunadamente para él durante un internamiento psiquiátrico (Dain, 1980), el ICMH, como tantos otros organismos, quedó en suspenso. Con el advenimiento del acuerdo de paz y el éxito alcanzado en la Constitución de la OMS (Chisholm, 1948), el ICMH fue resucitado como punta de lanzamiento de un proyecto de ingeniería psicosocial destinada a arrancar la semilla de la guerra de la naturaleza humana, por una élite de íntimos psiquiatras anglosajones, la mayoría vinculados a sus Armadas respectivas durante la II Guerra Mundial, con Chisholm (1948) y Sullivan (1946) como ideólogos principales, que contaban además, con las inestimables alianzas tejidas en las redes interdisciplinarias sobre personalidad y cultura de la *William Alanson White Psychiatric Foundation* (Brody, 2004a; Toms, 2012; William Alanson White Institute, 2023).

El Congreso Internacional de Salud Mental, 1948

El ICMH fue la principal fuerza impulsora del *International Congress on Mental Health* que se celebró en Londres del 11 al 21 de agosto del 1948 con el patrocinio clave de la OMS y de la UNESCO; por ello también fue conocido como *Third International Congress on Mental Hygiene* (Brody, 2004b, 2004a; John Cohen, 1948). No obstante, el Congreso también contó con la participación y la fuerza de convocatoria del

International Committee for Child Psychiatry y de la *International Federation for Medical Psychotherapy* (Rees, 1949). La *National Association for Mental Health* de Gran Bretaña, fue la organización encargada de organizarlo y el británico John Rawlings Rees (1890-1969), escogido como Presidente del Comité Organizador y como Presidente del Congreso (Brody, 2004a, 2004b; John Cohen, 1948; Rees, 1949).

Rees era una buena elección por varios motivos; íntimo amigo de Chisholm y excelente organizador, psiquiatra superior de la Armada Británica en la II Guerra Mundial, destacado líder de la higiene mental británica, Presidente del ICMH y cofundador del *Tavistock Institute of Human Relations* (1947-actualidad) (Brody, 2004b, 2004a; Toms, 2012). En términos genealógicos el *Tavistock Institute*, como lo muestra su nombre, es un descendiente vivo del *Yale Institute for Human Relations*, que fue igualmente creado gracias a la financiación de la *Rockefeller Foundation*. Fue fundado inmediatamente después de la II Guerra Mundial como parte de la *Tavistock Clinic*, la cual aglutinaba a un conjunto de psiquiatras forjados en las relaciones humanas aplicadas al «estudio de la guerra y sus consecuencias» (Rose, 1999, p. 17).

Los preparativos del Congreso comprendieron dos años, probablemente por la necesidad de tener que esperar a la entrada en vigor de la OMS, pero también por la necesidad de movilizar una gran cantidad de redes y personas vinculadas a diversas disciplinas de las ciencias sociales y humanas para cumplir sus ambiciosos objetivos (Rees, 1949). El *International Congress on Mental Health* acogió oficialmente tres Conferencias Internacionales separadas de carácter plenario —una por cada uno de los organismos internacionales convocantes—, y en torno a éstas se celebraron más de 20 reuniones paralelas de expertos patrocinadas por organismos británicos, entre otros: el *Maudsley Hospital*, el *Institute for the Scientific Treatment of Delinquency*, la *Royal Society of Medicine*, el *Tavistock Institute of Human Relations* y la *British Psychological Society* (John Cohen, 1948). La Primera Conferencia Internacional, que trató sobre Psiquiatría Infantil, y la Segunda, sobre Psicoterapia Médica, estrechamente vinculadas al *International Committee for Child Psychiatry* y a la *International Federation for Medical Psychotherapy*, tuvieron lugar del 11 al 14 de agosto y, en conjunto, abordaron:

el desarrollo de la personalidad en sus aspectos individuales y sociales, con especial énfasis en la agresividad [...incluyendo] la agresividad en relación con el desarrollo emocional y en la vida familiar, los problemas psiquiátricos en la educación y en la comunidad, y el niño agresivo. [...] la culpa constituyó el tema de la segunda conferencia. Se trató bajo los epígrafes: génesis de la culpabilidad, culpabilidad y dinámica de los trastornos psicológicos, y culpabilidad colectiva. Varias de las ponencias fueron de un mérito excepcional, especialmente las del Dr. John Rickman y la Dra. Margaret Mead. El cuarto día de esta conferencia se dedicó a los avances en la terapia de grupo. Quizás la

contribución más interesante fue la del Dr. Bion, creador de la técnica del “grupo sin líder”, utilizada por primera vez en la selección de Oficiales del Ejército Británico. En los procedimientos de grupo empleados por él, el Dr. Bion consideró importante dilucidar tres aspectos: primero, la “mentalidad” de grupo creada por la participación anónima de los miembros; segundo, los esfuerzos de los miembros por lograr una vida plena en el grupo; y tercero, la cultura del grupo (John Cohen, 1948, p. 442).

La Tercera Conferencia Internacional, que fue la principal y sin lugar a dudas la más ambiciosa, aquélla en la que participó la OMS y la UNESCO, la que daba continuidad a las dos previas Conferencias Internacionales de Higiene Mental, y la que comprendió un mayor número de días —el doble que las anteriores— y de trabajo previo, fue la que puso fin al Congreso del 16 al 21 de agosto bajo el título *Mental Health and World Citizenship* (Salud Mental y Ciudadanía Mundial) (John Cohen, 1948; Rees, 1949). En ésta tercera Conferencia Internacional los organizadores habían previsto tratar cinco temas: «problemas de la ciudadanía mundial y buenas relaciones grupales, el individuo y la sociedad, problemas familiares y trastornos psicológicos, salud mental en la industria y problemas de planificación» (John Cohen, 1948, p. 422).

La Conferencia Internacional Salud Mental y Ciudadanía Mundial implicó un enorme despliegue de trabajo previo interdisciplinar y participativo, sin precedentes en la época y del cual sus organizadores estuvieron tremendamente orgullosos. Así, aunque formalmente la Conferencia empezó el 16 de agosto «puede decirse que [...] había comenzado dieciocho meses antes, cuando se formaron grupos profesionales multidisciplinarios en todo el mundo para recopilar y evaluar los datos disponibles o llevar a cabo nuevas investigaciones relacionadas con los temas de la Conferencia» (John Cohen, 1948, p. 442). Dicho artefacto de preparación grupal, participativo y de debate involucró a más de 5.000 personas, distribuidas en unos 350 grupos interprofesionales que operaron en 27 países, cuyo cometido era debatir sobre los temas propuestos por los organizadores y, remitir sus informes resultantes (John Cohen, 1948; Rees, 1949; WFMH, 1948). Pero eso no fue todo. Como paso previo a la apertura oficial de la Conferencia, una Comisión Internacional Preparatoria (CIP) se reunió durante quince días, concretamente del 24 de julio al 8 de agosto en el *Roffey Park Rehabilitation Centre* de Sussex, para examinar minuciosamente los más de 300 informes que habían emitido «estos grupos de debate interprofesionales» o Comisiones Preparatorias nacionales, y elaborar «una declaración consensuada para el Congreso» (Rees, 1949, p. 44).

El trabajo de esta CIP fue «el punto de mayor interés del Congreso en su conjunto» (John Cohen, 1948, p. 442), y su producto principal la Declaración Salud Mental y Ciudadanía Mundial, será el monumento en el que centraremos el análisis en este

apartado. Podemos considerarlo como el acta de nacimiento de la salud mental como proyecto de ingeniería psicosocial mundial, aquél que mejor revele los fundamentos de un naciente dispositivo de producción de un nuevo tipo de ser humano, el *world citizen*.³⁵⁰ La importancia de esta declaración fue capital. Esta funcionó a modo de Constitución para la *World Federation of Mental Health (WFMH: Federación Mundial para la Salud Mental)* —de la que nos ocuparemos más adelante—, y lo que es más importante, en ella quedó condensado el proyecto de ingeniería psicosocial que habría de ser desplegado mundialmente, no solo por su base social, sino también por las Agencias de las Naciones Unidas, para las cuales la declaración funcionó como documento de recomendaciones explícitas, elaborado por una élite de expertos y expertas en psiquiatría, psicología y ciencias sociales, en individuo y sociedad. Esta Declaración marcó la entrada de la salud mental en el espacio de las organizaciones intergubernamentales de salud, como vimos la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, no se había ocupado específicamente de la salud o la higiene mental, sino de las enfermedades infecciosas y de las enfermedades no transmisibles vinculadas a la salud física, así como de las condiciones sociales y políticas que determinan el desarrollo saludable y obstruían la propagación de epidemias; alimentación, vivienda, dispositivos de saneamiento, etc. (Borowy, 2009; Howard-Jones, 1978).

La Comisión Internacional Preparatoria y el dispositivo de trabajo

La composición de la CIP integró a 25 personalidades expertas y «maduras» —como Chisholm (1946a) hubiese deseado— de diez disciplinas y países diversos, entre quienes figuraron cuatro mujeres (Rees, 1949, p. 44).³⁵¹ Entre las personalidades más eminentes, algunas de cuyos nombres ya nos son conocidos, figuraron: Harry Stack Sullivan, uno de los principales ideólogos de la propuesta; John Rawlings Rees, el Presidente del Congreso; George S. Stevenson, antiguo Presidente de la APA (1934-1935) y desde 1939 Director Médico del NCMH; Lawrence K. Frank, presidente de la CIP, antiguo Director del *Laura Spelman Rockefeller Memorial* (1923-1929) y del programa de desarrollo

³⁵⁰ Esta Declaración fue publicada al menos en dos ocasiones más allá de las actas de la Conferencia, la primera desde la revista *Psychiatry* que editaba Sullivan (International Preparatory Commission, 1948) y la segunda —con considerables adiciones— como libro y documento Constituyente de la *World Federation of Mental Health* bajo el título *Mental Health and World Citizenship*, ya que «muchas gente había expresado su deseo de una mayor distribución» (WFMH, 1948, p. 2). Para este análisis emplearé la segunda versión.

³⁵¹ Margaret Mead; Nina Ridenour, Oficial Ejecutiva del ICMH; Sibyl Clement Brown, Secretaria del Programa del Congreso y trabajadora social psiquiátrica, y: Helen Speyer, psicóloga trabajadora social y Secretaria Ejecutiva de la *American Central Commission on Children and War*.

infantil de la Fundación Rockefeller (1929-1933) (Theresa Richardson y Fisher, 1999b), destacado miembro del enfoque de personalidad y cultura desde la sociología (Meyerowitz, 2010), y por entonces Director del *Caroline Zachry Institute of Human Development*; Margaret Mead, destacada líder femenina de la antropología cultural, por entonces Curadora Asociada de Etnología en el *American Museum of Natural History*; Daniel T. Blain (1898–1981), por entonces el primer Director Médico de la APA y; Otto Klineberg (1889-1992) psicólogo canadiense y por entonces Director del proyecto *Tensions affecting international understanding* de la UNESCO (WFMH, 1948, pp. 2-3).

En conjunto, aunque predominaba la psiquiatría, la CIP pudo presumir de tener experiencia en «psicología educativa, social e industrial; sociología; trabajo social psiquiátrico; psiquiatría y psicoanálisis; filosofía; teología; antropología cultural; ciencias políticas; investigación médica y administración médica y general» (WFMH, 1948, p. 7). En el campo geográfico y cultural, la CIP representaba predominantemente al occidente anglosajón, y más concretamente al eje EEUU-Gran Bretaña-Canadá; y, si bien hubo miembros afincados en otros países del norte de Europa, la Europa latina y del Este estuvo ausente, incluida Francia. Tan sólo un miembro estaba afincado en un país de Latinoamérica, el psiquiatra Oswaldo Camargo-Abib, Superintendente de Servicios de Salud Mental del Estado de Bahía, y no hubo ningún miembro que representase a los continentes Asiático y Africano (WFMH, 1948, pp. 2-3).

De hecho, «los miembros de la Comisión Preparatoria Internacional eran muy conscientes» de su occidentalocentrismo «y lamentaban la ausencia de representantes de las culturas orientales y del Lejano Oriente» por lo que intentaron responder a la contingencia «haciendo que la declaración fuera tan mínima y fundamental que pudiera aplicarse a tantos sistemas de cultura y valores diversos como fuera posible», es decir buscando elaborar, paradójicamente, un consenso universal (WFMH, 1948, p. 5). La CIP reconoció que no fue fácil «alcanzar un consenso de opinión» pues el «proceso de pensamiento y trabajo “multidisciplinar” es complicado y no consiste únicamente en combinar los puntos de vista de distintas disciplinas», sino en llegar al «punto de integración en el que un verdadero producto de grupo, se hace posible» (WFMH, 1948, p. 4). En este proceso la CIP:

Tuvo que superar tensiones internacionales e interdisciplinarias. De hecho, es posible que estas tensiones hayan sido más graves que en otros grupos, ya que estaban engendradas por fuertes personalidades de considerable prestigio en su propia profesión y país que sostenían puntos de vista claramente diferenciados que eran capaces de defender con una facilidad verbal inusitada. Cuando un grupo de este tipo llega a una base común sobre la que trabajar, representa un logro de considerable importancia (WFMH, 1948, p. 4).

El método de trabajo de la CIP fue complejo y reiterativo, y estuvo basado en las nuevas técnicas de psicología grupal que buscaban la cohesión, la cooperación y la crítica constructiva. De este proceso de trabajo la Declaración conjunta que produjeron extrajo gran parte de su legitimidad. A su llegada cada integrante recibió los 300 informes de las Comisiones Preparatorias, y tras las presentaciones oportunas —pues quienes no se conocían y provenían de disciplinas diferentes—, Sullivan sugirió que cada miembro redactara una declaración en respuesta a tres preguntas predefinidas que buscaban «arrojar luz» sobre los «diferentes enfoques» y el «fondo común» (Brody, 1998, p. 35; WFMH, 1948, p. 4). Éstas revelan los ejes que acabaron articulando el sinuoso diagnóstico colectivo contenido en la Declaración, el cual estuvo investido de un espíritu aspirante a solucionar prácticamente todos los problemas sociales y humanos, y contribuir al proyecto de una paz duradera: «¿Qué es la salud mental? ¿Qué constituye una buena sociedad? ¿Qué es la ciudadanía mundial?» (WFMH, 1948, p. 4).

Posteriormente, las declaraciones de cada miembro y los informes previos de las Comisiones Preparatorias se sometieron a debates plenarios, dónde también se decidieron las secciones de la Declaración conjunta y se crearon Comisiones de redacción para cada una de ellas. La primera sección acordada derivó del común reconocimiento de «la posición central de la familia» en el desarrollo de la personalidad humana. Los productos de las Comisiones de Redacción de las diferentes secciones fueron debatidos en sesiones plenarias en las que «se hicieron muchas críticas importantes» y se «volvieron a modificar los proyectos a la luz de las sugerencias y comentarios de todo el grupo». Posteriormente se escogió un Redactor y una Subcomisión para integrar las diversas secciones en un mismo documento que se distribuyó en sesión plenaria y se: «reanudó el proceso de revisión y crítica y, una vez más, cada sección se debatió y revisó considerablemente» (WFMH, 1948, pp. 4-5).

Las secciones finales de la Declaración revelan la lógica de trabajo y pensamiento, del desarrollo de la personalidad del individuo a la sociedad y de ésta a la pacificación del mundo. La primera sección fue titulada *Problems of Mental Health in relation to Human Development*; a ésta le seguían *Problems of Mental Health in the Life of Society* y *Mental Health and World Citizenship* y finalmente el apartado de Recomendaciones, con una introducción específica y tres subsecciones: *Principles Underlying the Practice of Mental Health*; *Planning and Organisation of National Mental Health Services*, y;

International Recommendations.³⁵² Margaret Mead celebró el proceso de trabajo como «un experimento basado en los principios de la salud mental» (citada en, Brody, 1998, p. 35).

La Declaración Universal Salud Mental y la Ciudadanía Mundial: un consenso interdisciplinar para la producción de la «humanidad común»

La Declaración Salud Mental y Ciudadanía Mundial, en tanto producto resultante de un complejo proceso iterativo de redacción, discusión, crítica y reescritura, es un documento complejo que «muestra el signo de muchas manos», algo que reconocieron sus autores y autoras, quienes lo atribuyeron «a la presión del tiempo» y no a una falta de acuerdo experto (WFMH, 1948, p. 5). En cualquier caso, aunque repleta de ecos disonantes, paradojas y cuestiones irresueltas, expresó los núcleos de consenso científico que la hicieron posible. No obstante, es un documento tibio, no encontraremos en ella la transparencia que presentaban los discursos de Chisholm. «La necesidad de llegar a un acuerdo universal» arrancó del texto las «declaraciones contundentes [que] resultaban inaceptables para algunos miembros» y el imperativo del consenso interdisciplinar, hizo que éstas fueran sustituidas por declaraciones «aceptables para todos» (WFMH, 1948, p. 5).

La producción de lo humano, como sabemos, involucra un proceso diferencial que articula biopolítica y soberanía, y que sólo puede producir positivamente la identidad de lo humano, en este caso la identidad generizada del *world citizen*, a partir de un exterior constituyente que implica en el mismo gesto la producción negativa de lo inhumano, de lo menos humano, de lo humanamente inconcebible (Butler, 2002). En su extremo: la producción de cuerpos desposeídos de existencia política y relegados a la vida nuda del animal, sobre los cuales puede aplicarse impunemente la violencia (Agamben, 2019). Será este doble proceso el que interrogaremos en la Declaración Salud Mental y Ciudadanía Mundial, entendida como el monumento constituyente del moderno campo de acción de la salud mental, con sus benevolentes propósitos y paradojas constitutivas.

Una de las condiciones de posibilidad de la Declaración, consenso implícito, pero también explícito, tuvo que ver con el papel tecnocrático de la ciencia en la administración de la sociedad, en particular de la alianza entre la psiquiatría y las

³⁵² Problemas de salud mental en relación con el desarrollo humano; Problemas de salud mental en la vida de la sociedad; Salud mental y ciudadanía mundial y en las Recomendaciones: Principios subyacentes a la práctica de la salud mental; Planificación y organización de los servicios nacionales de salud mental y Recomendaciones internacionales.

ciencias sociales sobre la base común del psicoanálisis. La colaboración entre éstos expertos en individuo y sociedad, junto con «estadistas, administradores y otras personas con cargos de responsabilidad», era vista como un requisito «para que los programas de cambio social» fueran «eficaces» (WFMH, 1948, p. 8). A este consenso subyacía la antigua idea según la cual las gentes del mundo eran ignorantes, según la cual los hombres y mujeres del mundo «en su ansiedad» buscaban «orientación», y «las ciencias que se ocupan de la vida del hombre en sociedad» eran las que tenían el conocimiento. Los miembros de la CIP se sintieron llamados a «infundir un espíritu científico» que garantizase dirección y eficiencia a «los movimientos de reforma y reconstrucción que se están llevando a cabo en muchos países» (WFMH, 1948, p. 12). La única cita que contiene la Declaración en sus casi cincuenta páginas es la cita de apertura que rinde homenaje al padre teórico y todavía vivo de la higiene mental, Adolf Meyer; no al difunto Beers, punta de lanzamiento humanitaria del movimiento e incansable promotor de su expansión e internacionalización.

Tenemos que ser capaces de estar en paz entre las diferentes culturas y religiones sin sacrificar lo que se aprecia y venera de forma diferente... Cómo las mentes necesariamente privadas y personales pueden alcanzar una mentalidad armoniosa es uno de los estudios dentro de la psiquiatría y en toda la búsqueda e investigación de las ciencias que trabajan conjuntamente sobre y para el hombre....

ADOLF MEYER.³⁵³

La cita anterior estuvo sin duda bien escogida. No sólo revela el espíritu tecnocrático de la Declaración y su deseo de producir una suerte de armonía universal entre los pueblos capaz de acabar con todo antagonismo y pacificar el mundo, sino que también revela el locus *privado y personal*, hacia el cual habrán de dirigirse los esfuerzos de transformación. La contribución más relevante de la psiquiatría y las ciencias sociales «a los problemas urgentes» que enfrentaba la humanidad tras la II Guerra Mundial fue para los autores y autoras de la Declaración «el reconocimiento de la plasticidad del comportamiento humano y de las instituciones sociales y de la resistencia de cada uno de ellos al cambio» (WFMH, 1948, p. 7). Este descubrimiento era esperanzador ya que venía a contradecir la idea según la cual la guerra estaba inscrita inevitablemente en la «naturaleza humana»:

Los hombres han aceptado durante mucho tiempo la inevitabilidad de las desgracias recurrentes en forma de conflictos de grupo y guerras con el argumento de que “así es la naturaleza humana”. Esta creencia se ha utilizado incluso para mantener el estado de cosas existente. Sin embargo, cuando las ciencias sociales y psiquiátricas progresaron lo suficiente, una investigación rigurosa de la “naturaleza humana” reveló claramente que

³⁵³ Véase WFMH (1948, p. 10).

estas desalentadoras opiniones tradicionales no tenían ningún fundamento válido (WFMH, 1948, p. 14).

Por ello, el punto de intervención privilegiado residía, como diría Meyer, en cambiar a las mentes necesariamente privadas y personales, o lo que es lo mismo en «esfuerzos por cambiar a los individuos», los cuales para ser efectivos debían «adecuarse a las sucesivas etapas del desarrollo de la personalidad» pues: «en el caso de un grupo o sociedad, el cambio se resistirá fuertemente a menos que se haya engendrado primero una actitud de aceptación» en los individuos (WFMH, 1948, p. 7).

En el fondo esta es la misma idea que ya vimos presentar a Chisholm, para cambiar la sociedad, para cambiar las instituciones hay que empezar por cambiar a los individuos, y hacer de ellos personalidades maduras. La CIP, reconocía sin duda, al igual que Chisholm, que las instituciones y agencias sociales requerían ser transformadas «para satisfacer las necesidades humanas» (WFMH, 1948, p. 23). El punto de intervención privilegiado respondía como en el caso Chisholm también a una cuestión *estratégica*. No eran ajenos a los problemas estructurales. Denunciaron, por ejemplo, las formas de explotación al proletariado mundial, especialmente cuando se producían en la «adolescencia» y minaban el desarrollo humano «saludable» de la personalidad (WFMH, 1948, p. 20). Abogaron también por una sociedad de pleno empleo en la que cada quien encontrara su lugar, *nicho de ajuste* entre individuo y sociedad que habría de dotar de sentido la existencia de cada quien, colmarla de satisfacción y, en última instancia, promover el desarrollo del potencial humano en su conjunto.

La sensación de que nadie quiere a nuestros hijos o nuestros servicios, de que no tenemos un lugar o una función adecuados en la sociedad, tiende a destruir el respeto por nosotros mismos y a provocar la desmoralización. De ahí la importancia vital de los estudios económicos sobre las condiciones en que la sociedad puede proporcionar pleno empleo en trabajos satisfactorios en las condiciones más humanas. El desempleo tiene graves consecuencias psicológicas y sociales, además de económicas (WFMH, 1948, p. 21).

Su pensamiento estaba inscrito en la matriz del Estado del Bienestar, pero no celebraron completamente este «proceso de adaptación de las instituciones sociales» en lo que concierne al desarrollo de «regímenes de “seguridad social”», cuyo objetivo inmediato, «aliviar las ansiedades durante las depresiones económicas», si bien había «logrado muchos resultados valiosos al garantizar ayuda financiera a las personas necesitadas por desempleo o enfermedad», también había dado lugar a un efecto «desafortunado»: la «creencia tácita de que tanto el desempleo como la enfermedad son inevitables» (WFMH, 1948, p. 24). En la sociedad funcionalmente óptima y pacificada que vislumbraban, compuesta por individuos con altos niveles de salud mental, no sólo

el desempleo dejaría de existir ya que cada quien habría encontrado su nicho de ajuste, sino también la enfermedad.

Como ya se desprende de lo anterior, concebían las instituciones y agencias sociales desde un enfoque *funcionalista* y universalista, aquél que también vimos aparecer en *Frustration and Aggression* (Dollard et al., 1939). Así, las agencias e instituciones sociales existentes en la época fueron en determinado momento inventadas para responder a las necesidades humanas, pero en el transcurso de los cambios sociales acontecidos, algunas no se adaptaron adecuadamente, se pervirtieron y perdieron el sentido de la función que las había hecho nacer. Requerían, sin duda, cambios, adaptaciones y transformaciones para responder a los nuevos retos. El problema era que las instituciones sociales presentaban inercia y resistencia al cambio, tendían a su autoperpetuación. Si para la CIP el punto privilegiado de intervención era el individuo, su mente privada y personal, sus patrones de conducta, sus hábitos y formas de interacción es porque pensaban que el cambio social deseable entendido como la transformación de las instituciones sociales de acuerdo con las necesidades humanas, en última instancia dependía, estaba subyugado, al tipo de personalidad humana que les daba forma y las dirigía.

La introducción de una teoría dinámica de la personalidad y su expresión en la vida social, política y económica, ha iluminado los conceptos de las ciencias sociales sobre la estructura y el funcionamiento de la sociedad. Ahora se reconoce que los problemas del cambio social sólo pueden entenderse y resolverse después de haber prestado la debida atención a los medios por los que las formas sociales se han incorporado en las personalidades humanas. [...] Las prácticas, en un momento dado útiles, a veces degeneran en rituales sin sentido, y a veces se vuelven positivamente perjudiciales cuando continúan después de haber perdido su propósito. Los privilegios de una clase alta, por ejemplo, se convierten en un elemento perturbador siempre que sus funciones, ya sea como sostén del orden o como custodio del saber, se pierden, como puede ocurrir cuando se han encontrado formas nuevas y más eficaces de llevar a cabo esas funciones (WFMH, 1948, p. 23).

El proyecto de modelamiento de las personalidades no tenía fin, había oportunidades para ello en todas las etapas de la vida, pero debía concentrarse en los periodos de mayor plasticidad, particularmente en la infancia, la adolescencia y sus *ambientes* próximos. La familia nuclear y la escuela, con sus prácticas de crianza y educativas, eran las instituciones sociales que cabía reformar mundialmente en la medida en que éstas eran fábricas de personalidades. Evidentemente desde el enfoque occidentalocéntrico de la CIP la familia nuclear *heterosexual* y la escuela disciplinaria de raigambre occidental, y en menor medida la industria, eran concebidas como instituciones universales, conformaban parte de los estadios universales del desarrollo humano por los que toda persona debía pasar (WFMH, 1948, pp. 17-21).

Los esfuerzos de las ciencias sociales y humanas debían orientarse a producir un *world citizen*, y aunque la palabra *neurosis* desapareció del texto como la semilla de la guerra que los individuos llevaban consigo, los principales males que cabía erradicar eran los mismos que Chisholm (1946a, 1946b, 1948) había definido en términos patológicos. La *neurosis* y el desarrollo de la «terapias para normales» que había catalizado el despliegue del psicoanálisis en el periodo de entreguerras fue precisamente lo que había permitido centrar la atención en la infancia, en su trauma, en las relaciones familiares y en última instancia en explicar la guerra, las manifestaciones, la revolución, el racismo, el totalitarismo, como resultados de un trauma infantil producido por malsanas prácticas de crianza, como desplazamientos de los mecanismos biológicos de la agresión (Dollard et al., 1939).³⁵⁴ Para evitar una tercera guerra mundial cabía arrancar sobre todo «los prejuicios [raciales], la hostilidad o el nacionalismo excesivo», no de las instituciones sociales, no de las políticas gubernamentales, no de las leyes, sino de su profundo arraigo «en la personalidad en desarrollo» algo que ocurría «sin que el individuo afectado sea consciente de ello, y a menudo con un gran coste humano» (WFMH, 1948, p. 7).

El *world citizen* fue vagamente definido, matizando la radicalidad de Chisholm (1946a) que abogaba por desprender a éste tipo de individuo de todo vínculo con la tradición, y llegando a una solución de compromiso, como alguien cuya lealtad «implica a toda la humanidad» al tiempo que «abarca las lealtades tradicionales a la familia, la comunidad y la nación» (WFMH, 1948, p. 8). La CIP se vio impelida a clarificar que la noción de ciudadanía mundial no era empleada en «un sentido político» sino en el sentido «de una “humanidad común”» (WFMH, 1948, p. 25). Esculpir la humanidad común era, entonces, el principal proyecto de ingeniería psicosocial que cabía desplegar con el establecimiento de la ciudadanía mundial, y la promoción de la salud mental la tecnología capaz de realizarlo. «La ciudadanía mundial puede extenderse ampliamente entre todos los pueblos mediante la aplicación de los principios de la salud mental» (WFMH, 1948, p. 8).

Pero ¿Qué era para la CIP la salud mental? ¿Cuáles eran los principios de salud mental que cabía infundir en la idealizada «comunidad mundial»? ¿Cuál era el remedio que debía escalarse mundialmente? Paradójicamente la «salud mental» quedó prácticamente indefinida, al igual que «los principios de la salud mental», a pesar de ser

³⁵⁴ Para un análisis extenso de esta cuestión más centrado en la producción europea de un discurso que psicologiza las causas de la guerra, con Le Bon y Freud a la cabeza, véase el excelente trabajo de Daniel Pick (1993b) *War machine: the rationalisation of slaughter in the modern age*.

construidos como la solución técnica a todos los males, a pesar de ser el remedio para una tercera guerra mundial, y a pesar de que el propósito de la Comisión Internacional Preparatoria y de la Declaración en sí misma, fue el de «esbozar las tareas que tenemos por delante e indicar dónde hay margen para la aplicación de los principios y la práctica de la salud mental en el sentido más amplio» (WFMH, 1948, p. 11).

Esta ausencia tan notoria, podría ser explicada por un hecho: ninguna de las definiciones que los miembros del CIP habían redactado en respuesta a la pregunta ¿qué es la salud mental? alcanzó el necesario consenso. En lo que sí coincidieron tras el extenso proceso reflexivo fue en señalar acertadamente que: «La búsqueda de la salud mental no puede sino formar parte de un sistema de valores. En esta Declaración, los valores asociados con la civilización occidental están, quizás, implícitos en mucho de lo que se dice» (WFMH, 1948, p. 11). Este reconocimiento no les impidió defender el «esfuerzo por alcanzar un alto grado de salud mental» como «una expresión de los logros culturales occidentales [...] de base para una aspiración humana común» (WFMH, 1948, p. 11). Efectivamente, la *única* definición de salud mental expuesta en el transcurso del Congreso por Carl Flugel (1884-1955), psicoanalista británico y Presidente del Comité del Programa de Conferencias, continuaba atrapada en la matriz de la eficiencia y la optimización; siendo la salud mental «considerada como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional *óptimo* de un individuo» eso sí, después del terrible Holocausto, y como proyecto de pacificación «en la medida que ello sea compatible con el de otros individuos»,³⁵⁵

La CIP, sí se atrevió a consensuar vaga e idealistamente el «significado de la salud mental» en su «aspecto social» como «la creación de una mejor comprensión de las oportunidades que las personas tienen en sus propias manos para mejorar el mundo que les rodea, y acercarse a la realización de sus propósitos» (WFMH, 1948, p. 25). Tal idealismo y abstracción, no pudo escapar al proceso reflexivo que llevó a la CIP a reconocer que «no hay lugar para un optimismo fácil», no podían dar «por sentado que los conocimientos adquiridos por los psiquiatras y los científicos sociales se emplearán necesariamente en interés de una comunidad mundial»: Al igual que «los descubrimientos del físico pueden utilizarse para construir o para destruir [...] las ciencias psicológicas pueden contribuir a la salud mental o pueden explotarse para dividir y confundir a la humanidad» (WFMH, 1948, p. 30). El proceso reflexivo tampoco les permitió escapar a la responsabilidad de señalar la *tautología* que encerraba la relación que establecieron entre *salud mental*, *guerra* y *comunidad mundial*:

³⁵⁵ Véase Bertolote (2008, p. 114).

Por una parte, una comunidad mundial es una condición para la salud mental; pocas personas pueden evitar los sentimientos de inseguridad y ansiedad en un mundo amenazado por la destrucción. Por otra parte, no puede haber comunidad mundial hasta que los individuos y los grupos hayan aprendido a vivir en paz consigo mismos y con los demás, y hasta que hayan dejado de luchar por su propio sentido de solidaridad de grupo a costa de la hostilidad y la violencia contra los demás. Parece que decimos: “No hay paz sin salud mental” y, al mismo tiempo, “no hay salud mental sin paz”. ¿Hay alguna forma de salir de este aparente círculo? (WFMH, 1948, p. 26).

Tras esta aseveración el CIP no salió de ese círculo, sino que abrió otro más profundo, más intrínsecamente conectado con las consecuencias últimas a las que les llevaba su premisa epistemológica fundamental: la relación reversible y de coproducción entre individuo y ambiente, en el caso de lo humano aplicada al ambiente social y sus relaciones humanas,³⁵⁶ algo que interpelaba con la fuerza del apocalipsis, en tanto amenaza atómica de autodestrucción. Nuestra contingencia actual nos lleva a imaginar otros apocalipsis posibles, intrínsecamente conectados con el atómico, cuyo influjo latente y disuasorio nunca ha cesado de latir. A saber, el potencial del *capitaloceno*³⁵⁷ de extinguir la posibilidad de la vida en nuestro mundo, en tanto era geológica y meteorológica de la tierra producida por la actividad humana en el hasta ahora imparable despliegue capitalista de raigambre patriarcal, colonial, capacitista y adultocéntrico. Eso sí, con final condicionado a los avances tecnocientíficos: saliendo, o no, algunos de la contienda mediante la colonización del más allá, de otro planeta. Este es quizá el sueño que vemos acariciar a una pequeña élite de hombres multimillonarios y caucásicos, aquéllos entre los que se ha puesto de moda la reproducción biológica de su stock genético-racial, ante la reducción de la natalidad en el Norte Global.

He aquí otro círculo aparente, estrechamente relacionado con el primero, e igualmente desconcertante. Nos hemos referido a la “plasticidad” del hombre, como algo de lo que podríamos extraer esperanzas, y al mismo tiempo hemos indicado *hasta qué punto el ser humano en crecimiento está influido por la sociedad en la que vive*. Parece existir una cadena ininterrumpida de interacción que se extiende desde las *actitudes* sociales, económicas y políticas de una comunidad determinada, pasando por la *participación* de los miembros adultos en la vida del grupo, hasta la *familia* individual, que a su vez transmite sus *costumbres* y *tradiciones* a sus hijos, quienes perpetúan las *actitudes* que han aprendido. Este comportamiento, *en la gran variedad de formas en que aparece en las distintas culturas*, debe modificarse para que surjan nuevas *lealtades* y se desarrollen vínculos más amplios. ¿En qué punto de este complejo de *actividades humanas* puede tener lugar esta alteración? ¿En qué *punto de todo el patrón* de movilización de mano de obra, adoctrinamiento a través de la prensa y la radio, maniobras entre diplomáticos, trueques y regateos entre quienes controlan los recursos del mundo, *pueden utilizarse*

³⁵⁶ «Las instituciones sociales y las pautas de comportamiento cambian; las cambian los hombres, y los hombres cambian con ellas» (WFMH, 1948, p. 26).

³⁵⁷ Véase, el trabajo de Haraway (2015) *Anthropocene, Capitalocene, Plantationocene, Chthulucene: Making Kin*, así como la compilación editada por Moore (2016) *Anthropocene or Capitalocene? Nature, History, and the Crisis of Capitalism*.

los métodos en los que se basa el enfoque de la salud mental? ¿Cuál es nuestro punto de intervención? (énfasis mío, WFMH, 1948, p. 26).

He aquí la entrada de la psicología social de las *actitudes* y de los *grupos* en el campo reflexivo, aquélla que proporcionó el vínculo necesario entre las ciencias biológicas y las ciencias sociales para dar lugar a «una ciencia unificada del hombre» en el experimento pionero del *Yale Institute for Human Relations* (Hutchins, 1929). Aquélla que hizo medible el campo de lo inter-subjetivo; aquélla que consideró como objeto de estudio la *opinión pública* y participó en la movilización de las masas sociales para la aceptabilidad de la guerra; aquélla que también trabajó fundamentalmente en la producción del sujeto que precisaba la democracia (Rose, 1996, 1999, 2016). ¿Qué solución ofrece? ¿Amplia el campo de intervención más allá de las prácticas de crianza, más allá de la producción de las personalidades individuales?

Nuestra capacidad para indicar formas de intervención se basa en nuestro conocimiento de las condiciones en las que tiene lugar el aprendizaje. Entonces podemos preguntarnos: ¿de qué modo, en qué circunstancias y en qué momentos pueden las personas aprender las nuevas actitudes que son relevantes y esenciales para pertenecer a una comunidad mundial? ¿Cómo deben ajustarse estos métodos de aprendizaje a pueblos con antecedentes culturales diferentes, que viven dentro de marcos específicos de ideas e ideales? ¿Dónde y cuándo, en cada sociedad, será más eficaz concentrar las nuevas experiencias de aprendizaje; en qué niveles de la sociedad y entre qué grupos de responsables políticos o líderes comunitarios? Ya sabemos mucho sobre cómo aprenden los niños sus actitudes de hostilidad o de cooperación, sus hábitos de lealtad amplia o estrecha. Estamos empezando a averiguar cómo los adultos, basándose en su experiencia infantil, pueden desarrollar actitudes adecuadas a este nuevo periodo de la historia. Puesto que disponemos de un método para estudiar estas cuestiones, tenemos un papel que desempeñar en el desarrollo de una forma particular de intervención en la cadena de acontecimientos que, sin dicha intervención, amenaza la seguridad, no de una generación o de una nación solamente, sino de la humanidad (énfasis mío, WFMH, 1948, p. 26).

Evidentemente, partiendo de las actitudes y los grupos, últimos hallazgos de la psicología social anglosajona arraigada en los estudios del desarrollo infantil, el locus de intervención que se abre es el campo de lo intersubjetivo más allá del infante como entidad discreta, en los *grupos* y especialmente en el espacio de dialogo y filiación entre pueblos, entre líderes nacionales, que se abre en las Naciones Unidas (WFMH, 1948, pp. 41-42). Los principales obstáculos que la CIP identificó para el desarrollo de la «ciudadanía mundial», entendida como un movimiento teleológico que «cumple la tendencia de la historia en lugar de ir en contra de ella», eran males (anti)democráticos y (anti)internacionalistas que operaban entre los grupos humanos. Como «el sesgo nacionalista o ideológico» y los *estereotipos* de pensamiento y sentimiento cuya función de «contribuir a preservar el carácter distintivo y la cohesión de un grupo» conducían directamente a la «intolerancia»; la creencia fatalista «de que la guerra es inevitable»;

las «exageradas reivindicaciones de la superioridad del propio grupo nacional o racial»; la «manipulación generalizada de actitudes agresivas contra “grupos externos”, ya sea dentro o fuera de la comunidad nacional»; el miedo y la incertidumbre que lleva a los individuos a adherirse a una «autoridad nacional fuerte» y la «ignorancia de las formas de vida de otras naciones» (WFMH, 1948, p. 27).

Así, fue la hostilidad y la violencia intergrupal el problema principal que minaba el desarrollo de la comunidad mundial, el cual debía ser resuelto mediante la inoculación de *los principios de la salud mental*. Aunque estos principios quedaron sin definir en su *positividad* operativa, podemos asumir que hacían referencia a patrones de pensamiento, sentimiento, conducta e interacción social de carácter cooperativo y carentes de hostilidad y prejuicios hacia los otros pueblos o naciones, hacia los otros grupos raciales, étnicos o religiosos. Estos patrones eran entendidos como las *actitudes* que el *individuo* integraba en su proceso de aprendizaje y desarrollo humano, actitudes cristalizadas y estabilizadas crecientemente en la personalidad.

El desarrollo de «actitudes amistosas» entre grupos étnicos y religiosos, entre pueblos y naciones, podían según el CIP modelarse desde las escuelas y universidades de relaciones internacionales, a partir de las películas inclusivas, en los intercambios con miembros de otros grupos, en las «terapias de grupo» dónde «representantes de diferentes comunidades nacionales o raciales expresan libremente sus dudas y críticas mutuas», y finalmente en los «tratamientos individuales» (WFMH, 1948, p. 28).

No obstante, este tipo de intervención constituyó un reducto muy pequeño del remedio que la CIP propuso. Reducto que quedó relegado en el plano nacional al apartado de campañas educativas para el público general (WFMH, 1948, pp. 38-39), y a las campañas educativas y el proyecto de reducción de las tensiones internacionales de la UNESCO, esto es, a los altos estratos de la diplomacia internacional, y a las políticas educativas democráticas de las Naciones Unidas (WFMH, 1948, pp. 38-39) que, —como ya sabemos— nacieron resueltas a *ajustar* el principio de la «igualdad democrática» al «principio eugenésico de la desigualdad biológica» en términos de capacidad y destreza (Julian Huxley, 1946). Esto es, dispuestas a mantener uno de los *dos ejes de desigualdad*, particularmente el capacitismo y el cuerdisimo, que Hitler (2013, p. 276) había fundido con el racismo en su doble «fundamento racial» —la desigualdad *entre los pueblos en base a la raza a la que pertenecen* y la desigualdad *entre los individuos de una misma colectividad, pueblo o «raza», en base a la capacidad y la destreza*— y

llevado, como prometió, hasta «las últimas consecuencias» con la práctica sistemática del exterminio.³⁵⁸

Hacia la conquista mundial de la psiquiatrización y la psicologización de las vidas

El grueso del *remedio* que acordó la CIP para producir la ciudadanía mundial, para evitar una tercera guerra mundial, se ocupó fundamentalmente de algo que nada tenía que ver con una educación para la democracia, la tolerancia y la solidaridad. Éste revela la positividad operativa de «los principios de la salud mental» como algo que echa el ancla fundamentalmente en su constituyente negativo, la salud mental fue constituida por la CIP en su dimensión pragmática ante todo como *ausencia de trastorno o enfermedad mental*. Este abordaje continúa patente en las políticas y los documentos «oficiales en torno a la salud mental de la OMS [que] consideran, mayoritariamente, la salud mental como ausencia de enfermedad, y dan poca cabida a un concepto positivo de salud mental» (Lopera-Echavarría, 2015, p. 12).

Las líneas de actuación que la CIP recomendó —tanto a los gobernantes Estatales como a las diferentes agencias de las Naciones Unidas—, abordaron en primer lugar el *deber* de implementar en la comunidad mundial los «servicios de salud mental» en base a «ciertos principios que pueden servir de guía a todos los países en sus esfuerzos por mejorar la salud mental» (WFMH, 1948, pp. 30-31). Los servicios de salud mental en tanto la primera y más importante solución al problema de una posible III Guerra Mundial y, en consecuencia, la tecnología privilegiada de producción de una ciudadanía mundial pacificada, fueron *negativamente* definidos como «todas las disposiciones que una sociedad adopta para prevenir y aliviar los trastornos mentales y las perturbaciones personales y sociales que éstos acarrear» (WFMH, 1948, p. 31).

Lo que encontramos en el fondo de ésta propuesta pacificadora de producción de una «ciudadanía mundial» es —de nuevo— la artificiosa síntesis *locura-peligrosidad social*, ahora expresada como *trastorno mental-guerra mundial*: individualización, patologización y despolitización —por tanto— de las causas de las dos grandes Guerras Mundiales precedentes. ¿Fueron acaso las dos Guerras Mundiales en las que una generación entera de pueblos tuvo que engranarse por intereses capitalistas, supremacistas e imperialistas, perturbaciones sociales incitadas, o acaso perpetradas, por las personas psiquiatrizadas que, desposeídas de toda dignidad y existencia social y

³⁵⁸ Ver Capítulo II y apartados anteriores de este Capítulo.

política, habitaban la condena manicomial que las constituía en privilegiados objetos de experimentación con nuevas tecnologías de muerte? ¿En víctimas de violencia, hambre y exterminio? ¿Literalmente —como vimos durante la hambruna extrema de la Guerra Civil Rusa— en carne fresca lista para ser entregada a caníbales y carroñeros?

Por analogía —consciente o inconsciente— con las etapas pretendidamente universales del desarrollo humano, la CIP propuso escalar mundialmente tres *etapas en el desarrollo de los servicios de la salud mental* de carácter sumativo y complementario. Algo así como una evolución natural y deseable en el transcurso de un organismo vivo, hasta que llega a su punto de mayor madurez. No innovó mucho, pues justamente repitió todos los estadios por los que el movimiento de higiene mental había transitado, y añadió, como guinda del pastel la conquista del mundo entero a través de las Naciones Unidas, eso sí, para salvarlo.

Es interesante señalar, sin embargo, que el compromiso de la CIP con las novedosas políticas sociales del naciente Estado del Bienestar —ahora, si existentes, económicamente liberalizadas—, la obligó a reconocer que «los servicios de salud mental [...] sólo pueden desarrollarse y justificar un gasto importante después de que se hayan garantizado las necesidades humanas elementales, como las de alimentación mínima, vivienda y vestido, y una razonable ausencia de epidemias» (WFMH, 1948, p. 31). Un mandato que, sin duda, quedó en el bolsillo con la emergencia del mercado de la salud mental tras el descubrimiento de la clorpromazina que catalizó en los años 50 y 60 la llamada «revolución psicofarmacológica», esto es, la producción masiva de nuevos psicofármacos (Caponi, 2019b, 2021). Más aún con la posterior globalización neoliberal que convirtió la salud mental en un mercado global de lo más rentable: mercado que explota doblemente a las clases desposeídas, como mano de obra barata y/o como consumidoras crónicas de drogas psicoactivas.

Las tres etapas de desarrollo de los servicios de salud mental identificaban en conjunto dos direcciones a escalar mundialmente una *negativa y* centrada en la *enfermedad mental*, aquélla que ocupó el mayor grueso, y la otra *positiva y* centrada en la promoción de la *salud mental*. En su conjunto la tarea pudo resumirse como «prevención sistemática de la enfermedad mental» (WFMH, 1948, p. 12). En primer lugar, la CIP recomendó universalizar el *manicomio* o *asilo* «para la segregación, el cuidado y la protección de las personas mentalmente enfermas» junto con una «provisión separada para los defectuosos mentales [...] que se distinguen de los locos» (WFMH, 1948, p. 31). Estas instituciones totales, que según la CIP estaban en proceso de modernización con la integración de tratamientos biológicos, psicológicos y sociales, identificaron la *etapa inicial* en «el desarrollo de los servicios de salud mental» a la que,

según la CIP, «muchas comunidades» habían llegado «aunque con frecuencia la cantidad de servicios y la competencia profesional del personal aún dejan mucho que desear» (WFMH, 1948, p. 31).

En segundo lugar, había que desarrollar la «segunda fase» de los *servicios centrados en la enfermedad*, la cual tenía «al menos dos generaciones de antigüedad» y marcaba «el reconocimiento de que la enfermedad mental está relacionada con el desarrollo del individuo y su entorno social» (WFMH, 1948, p. 32). Esta fase radicaba en capilarizar la pretendida comunidad mundial implementando en ella «los centros ambulatorios de diagnóstico y tratamiento precoz de trastornos en adultos y [...] en niños», centros que ya por entonces debían tender a la especialización en función del diagnóstico (WFMH, 1948, p. 32). Éstos debían incorporar en el equipo, además de psiquiatras, profesionales del trabajo social y la psicología que ayudaban a dilucidar «los aspectos sociales de la historia del paciente» y perfeccionar el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados posteriores. Paradójicamente alertó el CIP, era de esperar, que estos centros diesen lugar al aumento «del número de pacientes» en las comunidades, un *efecto* que atribuyó —no al *scanning* poblacional de la disciplinas *psi* en el proceso de diagnóstico ajuste entre individuo y sociedad, no a la psico-patologización de la vida— sino a la extensión de «la comprensión de los trastornos menos graves pero incapacitantes» (WFMH, 1948, p. 32). El término que cabía medir aquí no fue la agresividad ni la hostilidad entre grupos humanos, sino el *ajuste*, la *funcionalidad* y la *eficiencia* de los individuos aislados.

Estas dos fases, aunque a menudo se consideran higiene mental, siguen siendo, de hecho, servicios de enfermedades mentales. Siguen siendo la base de una atención adecuada a las víctimas mentales de la vida y se están mejorando de forma constante, aunque lenta (WFMH, 1948, p. 32).

El *tercer estadio* en el desarrollo de los servicios de salud mental constituía el inicio del polo realmente *positivo*, la tarea «verdaderamente preventiva», educativa y novedosa de la que se ocupaba según la CIP «la mayor parte» de su Declaración (WFMH, 1948, p. 32). Tenía también su historia. Emergió con las «clínicas de orientación infantil» (WFMH, 1948, p. 32), que como vimos en capítulos anteriores, penetraron sobre todo la relación maternofilial, y la relación pedagógica y escolar para corregir los desajustes tempranos y modular las personalidades para hacerlas eficientes y felices en el orden social capitalista y patriarcal existente (Horn, 1984; Kathleen W. Jones, 1998, 1999; Rupke Richardson, 1987; Stewart, 2011). No obstante, en este despliegue la higiene mental descubrió «muchas otras necesidades de la comunidad que quedaban «fuera del ámbito de la orientación infantil» y de las que el trastorno infantil era «el síntoma»; lo cual dio lugar al establecimiento de los «centros de orientación parental y

prematrimonial» (WFMH, 1948, p. 32), es decir, los males sociales continuaron siendo concebidos en su expresión familiar como fenómenos parentales y matrimoniales.

No obstante, para la CIP, el trabajo a realizar en relación a éste tercer estadio debía ir más allá de la necesaria avanzadilla sobre las relaciones pedagógicas y de crianza, y aspirar a «infundir» en cada fase del ciclo vital a través —y dentro— de las distintas agencias públicas para el bienestar y la educación de las personas «los principios de salud mental» (WFMH, 1948, p. 32) que habían quedado indefinidos más allá de su objetivo; la producción de una «ciudadanía mundial», entendida ésta, como ya dijimos, «no en su sentido político» sino como expresión de la «humanidad común» (WFMH, 1948, p. 25). La CIP identificó algunos de los servicios por entonces «en una posición estratégica para infundir los principios de la salud mental en las prácticas comunitarias»: las escuelas, los servicios de maternidad y de salud y bienestar infantil, las guarderías y los centros de rehabilitación para trabajadores en la industria (WFMH, 1948, p. 32). También identificó a la figura por excelencia para inculcarlos: las «enfermeras públicas [...] que atienden a un gran número de familias, a menudo en periodos de crisis [y] pueden dar orientaciones útiles» (WFMH, 1948, p. 32).

La Declaración contenía además una suerte de código deontológico y consejos metodológicos para los y las trabajadoras de la salud mental, que comprendían esencialmente a los especialistas bajo supervisión de la psiquiatría: «psicólogos, asistentes sociales psiquiátricos, enfermeros mentales, terapeutas ocupacionales y maestros de niños mentalmente defectuosos y atrasados» (WFMH, 1948, p. 37). Lo que más destaca del código deontológico es el principio de la voluntariedad, eso sí, no como imperativo ético, sino como *imperativo estratégico*: para facilitar la escalada de los servicios de salud mental a los diferentes Estados y regiones. Paradójicamente, la voluntariedad es quizá el único principio de la salud mental que puede llegar a identificarse explícitamente como tal en la Declaración (WFMH, 1948, p. 43).

La planificación sólo debe emprenderse después de asegurarse, en la medida de lo posible, el interés y la ayuda voluntaria de todos los que serán responsables de llevar a cabo los servicios y de los que los utilizarán. La experiencia ha demostrado que los planes mejor concebidos, impuestos desde arriba, no suelen tener éxito, y los tomados prestados de otra cultura, a la larga, pueden fracasar si no se adaptan a las necesidades locales [...] La ayuda se acepta más fácilmente cuando se pide [...] Es de suma importancia ganarse la simpatía y la ayuda de los que ocupan puestos clave en todos los servicios relacionados con la salud mental, en los departamentos gubernamentales y en otros organismos públicos y privados [...] En un país puede ser especialmente importante ganarse el interés de los líderes religiosos, en otro el de los ejecutivos sindicales. En todos los países, los servicios eficaces de salud mental pueden tener más éxito con el apoyo activo de la profesión médica (WFMH, 1948, p. 34).

Este gran descubrimiento metodológico tenía sin embargo un límite claro: el criterio médico-psiquiátrico que debía seguir operando en los manicomios e instituciones para «defectuosos mentales» contra la voluntad de los internos e internas. La Declaración, que proponía la escalación del manicomio y de las instituciones segregacionistas para aislar a personas «locas» y «defectuosas mentales» de «la corriente ordinaria de la vida» cuando ello fuera necesario «por razones médicas», también abogaba por la «asistencia comunitaria» por razones pragmáticas: la institucionalización era «costosa» y tendía a «incapacitar al individuo para la vida social», lo que implicaba que luego había que «reeducarlo» para que pudiese volver a «ocupar su lugar como ciudadano» (WFMH, 1948, p. 36).

El reverso de la voluntariedad, la «coerción», debía ser usada lo mínimo por motivos instrumentales: así, los resultados de los tratamientos individuales o intervenciones comunitarias serían más favorables. Por ello, en el plano de la soberanía y del manicomio u hospital psiquiátrico la *voluntariedad*, jamás desafió al poder del internamiento y tratamiento forzoso, sino que buscó acabar con su *exclusividad* como forma de internamiento. En otras palabras, buscó universalizar una vieja lucha del movimiento de higiene mental, aquélla que le permitió inicialmente penetrar las comunidades (Beers, 1921; Françoise Castel et al., 1979; NCMH, 1913): expandir las leyes de internamiento hospitalario «de modo que, en los casos *convenientes*, los pacientes puedan ser *admitidos o dados de alta* de los hospitales psiquiátricos por su propia petición o consentimiento» (énfasis mío, WFMH, 1948, p. 36).

Esta estrategia posibilitaba la admisión de un mayor número de pacientes en los hospitales psiquiátricos, pero no garantizaba que pudiesen ser dados de alta por su propia voluntad. Los casos convenientes para el alta quedaban por supuesto supeditados al criterio médico-psiquiátrico. El ingreso voluntario a las instituciones manicomiales no garantiza que se pueda salir de estas voluntariamente si existe el mecanismo del internamiento y tratamiento involuntario, una institución que persiste en la mayoría de países del mundo (Saya et al., 2019), precisamente porque las Naciones Unidas y la OMS se encargaron de universalizarla y perpetuarla, algo de lo que nos ocuparemos más adelante (Asamblea General de Naciones Unidas, 1991; OMS, 2006). El pragmatismo, el instrumentalismo y la matriz de la *eficiencia* por encima de lo ético en la Declaración de la CIP, llegó a cotas inusitadas, como la de aconsejar escoger los momentos de mayor desorientación o vulnerabilidad para inculcar los principios de la salud mental:

la educación en salud mental parece tener más éxito si llega a las personas en periodos críticos de su vida, por ejemplo, cuando son jóvenes e impresionables; cuando tienen problemas; cuando buscan consejo, como, por ejemplo, las madres de bebés; durante la

convalecencia; y durante periodos de transición, como la adolescencia, o en la fase posterior de elección de una carrera (WFMH, 1948, p.39).

A los tres estadios anteriores del desarrollo de los servicios había que sumarles la verdadera innovación, el *deber* de *iniciar* una «cuarta etapa de la acción en salud mental», la de la *cooperación internacional* a través de las agencias de las Naciones Unidas que debía contribuir a «aumentar la eficacia de otros esfuerzos internacionales y proporcionar otro eslabón valioso en la construcción de una comunidad mundial» (WFMH, 1948, p. 32). Por ello la CIP culminó su Declaración con una extensa lista de recomendaciones, de carácter general para las Naciones Unidas, y específicas para la OMS y la UNESCO. Entre las generales figuraban la coordinación para «el desarrollo de programas adecuados de salud mental en cada nación miembro»; la realización de «estudios para revelar las características culturales y nacionales de los países implicados»; el estudio sistemático de las técnicas de discusión grupal de las «tensiones interpersonales e intergrupales» a fin de utilizarla «en los niveles superiores de la “diplomacia” internacional»; o la estrategia de aprovechar «las condiciones de cambio rápido para introducir principios de salud mental en el desarrollo de nuevos servicios» (WFMH, 1948, pp. 41-43).

A la OMS, entre otras, le recomendó las tareas universalistas de estandarización diagnóstica, terminológica, metodológica y estadística en torno al binomio salud/enfermedad mental; tareas relacionadas con la educación, la investigación comparativa y la estabilización, crecimiento y profesionalización mundial del campo interdisciplinar de la «salud mental»; y una importante tarea que había quedado postergada, la de «formulación y promulgación de principios importantes para promover el desarrollo saludable de los niños» (WFMH, 1948, pp. 43-44). En el caso de la UNESCO las recomendaciones de la CIP se enfocaron en la investigación en torno a la reducción de las tensiones en las relaciones grupales; la incorporación de la salud mental y de los principios del desarrollo humano en las campañas educativas y en los departamentos de la organización; y en uso de las encuestas sobre culturas nacionales, crianza, carácter, personalidad, para el desarrollo de la «ciudadanía mundial» (WFMH, 1948, pp. 44-45).³⁵⁹ Todas estas tareas debían ser realizadas con el asesoramiento de

³⁵⁹ La importancia de los estudios sobre personalidad y cultura en distintos contextos nacionales quedó justificada del siguiente modo: «El conocimiento de los modos de vida de otras naciones tiene un valor especial como herramienta educativa. La investigación sobre las culturas nacionales indica las conexiones entre la forma de la familia, los métodos de crianza de los hijos, los tipos de presiones sociales y económicas, las formas de gobierno y el patrón predominante de actitudes hacia las autoridades gubernamentales y hacia otros pueblos y naciones. También proporciona una forma

expertos, particularmente de psiquiatras y científicos sociales, organizados en la naciente *World Federation for Mental Health* (WFMH: Federación Mundial por la salud Mental).

El Congreso de Salud Mental fue todo un éxito, no sólo porque a él asistieron en conjunto aproximadamente 4.000 personas, bastantes más que el récord marcado por el Primer Congreso Internacional de Higiene Mental, sino porque cumplió enteramente sus objetivos políticos a largo plazo. El Congreso concluyó tras las intervenciones de clausura de Julian y el Brock Chisholm³⁶⁰, quienes, como vimos compartían una misma visión eugenésica, capacitista y cuerdista en torno a las «vidas sin valor» que podían ser arrojadas o abandonadas a la muerte (Chisholm, 1946a; Julian Huxley, 1946). Ambos dirigentes de la UNESCO y de la OMS, respectivamente, expresaron «su esperanza de que, como resultado de la conferencia, se estableciera una Federación Mundial de Salud Mental permanente que actuara como fuente continua de información y asesoramiento para la OMS y la UNESCO en asuntos relacionados con la higiene mental» (Brody, 1998, p. 39). Rápidamente se procedió a la transformación del ICMH en la WFMH con sede en Ginebra. Una organización nacida con el propósito de «“promover en todos los pueblos y naciones el más alto nivel posible de salud mental”, término que se considera que incluye la salud mental en sus aspectos biológicos, médicos y sociológicos más amplios» (WFMH, 1948, p. 47). La Declaración de la CIP, fue la bandera y hoja de ruta de la WFMH. Ésta se presentó a los 2.000 miembros asistentes a la Tercera Conferencia Internacional que procedían de unos 50 países, y el día de la clausura del Congreso:

aunque no se intentó llegar a un acuerdo exacto sobre cada enunciado, [...] todo el Congreso, con la excepción de un miembro, dio su aprobación general a la declaración, considerándola como una base para futuras acciones, y expresó su deseo de que se enviara a los organismos públicos competentes (WFMH, 1948, p. 6).

Las personas y redes interdisciplinarias que fueron movilizadas en los grupos de discusión, junto con los Comités Nacionales de Higiene Mental, constituyeron la base social de partida de la WFMH (John Cohen, 1948). Esta nacía con el vínculo directo con la OMS y la UNESCO asegurado, por lo que fue una de las primeras ONGs con carácter consultivo en las agencias de las Naciones Unidas, y «durante muchos años [...] la única ONG internacional de salud mental [con estatus consultivo] y la puerta de entrada para

inmediata de facilitar la comunicación entre miembros de distintos grupos nacionales, de modo que se puedan compartir propósitos comunes allí donde antes no se podían compartir. Este conocimiento permite comprender mejor los valores de otros grupos y orientar los contactos intergrupales de forma más eficaz y fructífera» (WFMH, 1948, p. 28).

³⁶⁰ Además de al Congreso en su conjunto, Chisholm también asistió en calidad de oyente a los últimos días de trabajo de la CIP (John Cohen, 1948; Executive Board, 1948).

que otras organizaciones internacionales se pusieran en contacto» con las Naciones Unidas (Brody, 2004a, p. 40). Lo anterior garantizó a la WFMH una posición privilegiada para moldear las políticas de las agencias de las Naciones Unidas en materia de crianza, sexualidad, salud y enfermedad o deficiencia en la dimensión mental, así como aquéllas vinculadas a la educación para la democracia, las relaciones humanas y la reducción de las tensiones internacionales (Brody, 1998). El día mundial de la salud mental, que celebramos globalmente desde 1992 cada 10 de octubre, nació a propuesta de esta organización (WFMH, 2023).

No quepa duda de que el despliegue de la WFMH en el siglo XX, que nació alzando la bandera de interdisciplinariedad en su base asida por psiquiatras anglosajones, al igual que los servicios de salud mental contemporáneos, estuvo dominado por la psiquiatría: «veintitrés de sus 32 presidentes entre 1948 y 1997 fueron psiquiatras» y «en sus primeros cincuenta años, los líderes que ocuparon el puesto de Secretario General o una designación equivalente fueron todos psiquiatras» (Brody, 2004b, p. 55). Uno de los psiquiatras que la presidieron fue Chisholm quién, pocos años después de retirarse de la OMS, entre 1956-1957, sucedió en el cargo de Presidente de la WFMH a Margaret Mead, la primera entre la rampante minoría de mujeres que alcanzaron la presidencia durante el siglo XX (Brody, 1998, p. 395). El compromiso de la WFMH con el contenido y la misión establecida por la Declaración fundacional de la CIP fue firme: «el notable documento Salud mental y ciudadanía mundial» —tal y como afirmó Chisholm a mediados de los años 60— «merecidamente sigue siendo la “Biblia”» de la WFMH (Rees et al., 1966, p. xi).

CAPÍTULO VII

UN ESTADO DE EXCEPCIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS UNIVERSALES

Para multiplicar la vida y el cuidado de los ciudadanos, para garantizar sus derechos, su vigor y su salud, puede ser legítimo admitir como condición previa la existencia de dos mundos, el mundo de los derechos y el de las “excepciones”, el mundo de los cuerpos que hay que cuidar y el mundo habitado por aquellos que tienen la condición de vida nuda, de vidas que han sido colocadas “fuera de la jurisdicción humana” de tal manera que “la violencia cometida contra ellas no es ningún sacrilegio”
Sandra Caponi

Pocos meses después de la Declaración Salud Mental y Ciudadanía Mundial (WFMH, 1948), el 10 de diciembre del 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos. Este texto monumental y fundacional del régimen de los derechos humanos constituyó durante más de 20 años prácticamente el único referente que permitía a los sujetos internacionales identificar e interpretar los derechos humanos cuyo respeto y protección imponía la Carta de las Naciones Unidas, por lo que fue adquiriendo valor jurídico vinculante como derecho internacional consuetudinario (Del Toro Huerta, 2012, p. 77).

La DUDH consagró el derecho humano a la no discriminación, ya presente en la Carta de las Naciones Unidas (1945) y en la Constitución de la OMS (1946), aglutinando los «motivos» de *discriminación ilegítima* que éstas contenían: motivos que revelan el límite de la visibilidad en torno a las relaciones de dominación que pudieron ser socialmente reconocidas tras la II Guerra Mundial. No obstante, a diferencia de éstas dos constituciones, la DUDH estableció un principio correctivo bajo ese aún disputado «o cualquier otra condición» que dejó inacabado y abierto a la reflexividad futura el listado de ejes de dominación ilegítimos.

Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (DUDH, art. 2. párr. 1).

Quienes participaron en la elaboración de la DUDH buscaron establecer un marco universal de igualdad de derechos y libertades fundamentales capaz de poner límites al

ejercicio de poder del Estado nación sobre sus poblaciones asentándose en la tradición del derecho natural, por principio aplicable a todo «ser humano». En la DUDH, a diferencia de en la Constitución de la OMS y en la Declaración Salud Mental y Ciudadanía Mundial, no hubo ninguna intención explícita de producir un tipo específico de «ser humano». Sin embargo, la necesidad de asentarse en una noción de «lo humano», la llevó a (re)producir, como también vimos en capítulos anteriores, una ontología de lo humano deudora de la matriz colonial, patriarcal y capitalista aun cuando el consenso intercultural estuvo claramente garantizado (Lauren, 2013, p. 221).

Ésta vehiculó, entre otros, el capacitismo, el cuerdisimo y el heterosexismo, no condenando como discriminatorias las atrocidades perpetradas por el nazismo respecto a prácticamente todos los seres humanos —masivamente exterminados— que quedaron capturados en el espectro psiquiátrico y eugenésico de la «degeneración». Entre estas víctimas, cuyo eje de discriminación resultaba invisible, debemos incluir al menos a homosexuales y «asociales», junto a todas las personas que habitaban la condena manicomial como vidas «desprovistas de valor» bajo la macro-categoría de «enfermos incurables», que comprendía a toda persona que, independientemente de la «raza», fuera médicamente codificada como «enferma mental» o «deficiente/defectuosa». Precisamente las primeras personas masivamente exterminadas, y aquéllas para las que la psiquiatría nazi inventó la cámara de gas (Friedlander, 1995; Lifton, 1986).

La principal aportación de la DUDH a la no discriminación no fue por tanto el listado de ejes de opresión que contenía, sino el haber hecho del principio de la no discriminación un horizonte inacabado. Esto es, el haber reconocido las potenciales limitaciones de su contingencia histórica consagrando la necesaria incompletitud de los ejes de opresión. Con ello, afirmó la posibilidad siempre abierta de efectuar «desplazamientos equivalentes» (Laclau y Mouffe, 1987) de los principios de igualdad, libertad y dignidad que contiene, en respuesta a nuevas luchas democráticas, que busquen transmutar en ilegítimas *otras* relaciones de opresión o dominación, ya fueran éstas invisibles en el momento de la Declaración o un producto innovador del devenir histórico.

El fundamento del régimen de los derechos humanos debía ser, por tanto, el de funcionar como dispositivo jurídico de creciente inclusividad capaz de establecer un marco de igualdad, libertad y dignidad universal en torno a lo humano a garantizar, proteger, respetar y promover por los Estados democráticos en sus regímenes jurídicos internos. El artículo 7 de la DUDH, no por casualidad aquel dedicado a la Igualdad ante la ley, constituye la máxima expresión de esta apertura infinita a la reflexividad futura sobre las relaciones de dominación:

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación (DUDH, 1948, art. 7).

No obstante, durante la segunda mitad del siglo XX Naciones Unidas, socavó sistemáticamente el principio de Igualdad ante la Ley que apuntaló la DUDH, y configuró, en el interior del régimen de los derechos humanos, un «estado de excepción» (Agamben, 2019) universal, específicamente aplicable por atribución de deficiencia, discapacidad o enfermedad en el espectro cartesiano de la *mente*: campo psiquiátrico por excelencia. Cabe recordar que la relación de excepción es una relación de «exclusión–inclusiva» en el ordenamiento jurídico creada mediante una *ex-ceptio*, cuyo efecto es la suspensión de la validez de la norma general para un caso determinado, en lo que respecta a nuestro análisis, la suspensión de la norma más inclusiva que existe, la de los derechos humanos. La excepción constituye, así, una forma extrema de relación que sólo incluye a un caso con objeto de excluirlo, trazando un umbral de indiferencia que define qué vidas van a ser desprovistas de existencia política (nudas vidas) y, en nuestro caso, al estar exceptuadas de los derechos humanos y las protecciones que éstos confieren, arrojadas a regímenes universales de violencia impune.

La excepción es una especie de la exclusión. Es un caso individual que es excluido de la norma general. Pero lo que caracteriza propiamente a la excepción es que lo excluido no queda por ello absolutamente privado de conexión con la norma; por el contrario, se mantiene en relación con ella en la forma de la suspensión. *La norma se aplica a la excepción desaplicándose, retirándose de ella*. El estado de excepción no es pues, el caos que precede al orden, sino la situación que resulta de la suspensión de éste. En este sentido la excepción es, verdaderamente, según su etimología, *sacada fuera (ex-capere)* y no simplemente excluida (énfasis original, Agamben, 2019, p. 30).

La inserción de este estado de excepción en el régimen de los derechos humanos responde a la consolidación del componente supremacista y eugenésico del derecho humano a la salud (mental) que, como vimos, consagró la Constitución de la OMS, y constituye la universalización del estado de excepción del cual vimos nacer a la primera psiquiatría alienista en el seno de la Revolución Francesa (Robert Castel, 1980).³⁶¹

³⁶¹ Ver Capítulos I y VI.

De la ciudadanía mundial y del «derecho humano a la salud (mental)»

La producción de una «ciudadanía mundial» en el sentido de una «humanidad común», como proyecto biopolítico de ingeniería biopsicosocial del que vimos nacer en el capítulo anterior al campo de acción intergubernamental en materia de salud mental (WFMH, 1948), operó a través de su condición de posibilidad negativa: la producción y universalización de categorías psiquiátricas de humanidad degradada o sub-humanidad, de vidas meramente biológicas y desposeídas de existencia política, sobre las cuales se hace posible el ejercicio impune de la violencia. Articulación por tanto entre soberanía y biopolítica en la producción de lo humano.

Parafraseando a Foucault, podemos afirmar que el hecho de que «los mecanismos más numerosos, más eficaces y más incisivos [funcionen] en los intersticios de las leyes, según modalidades heterogéneas al derecho, y en función de objetivos que no son el respeto de la legalidad, sino la regularidad y el orden», a saber, la producción positiva de una «humanidad común» mediante una biopolítica de las prácticas pedagógicas y de crianza, ha precisado como condición negativa de posibilidad la universalización de «todo un régimen de “no-derecho” con efectos de desresponsabilización, de puesta en tutela, y de mantenimiento en minoría; régimen que se [hizo] aceptar justificándose, por un lado mediante funciones de protección y seguridad, y por otro, mediante un estatuto científico y técnico» (Foucault, 1980, pp. 7-11).

El proyecto de producción de una ciudadanía mundial de la WFMH al través de la OMS pasó en su despunte inicial por el reconocimiento de lo «poco satisfactorio» que era definir la «salud mental [...] como un estado en el cual el individuo no sufre de ningún trastorno psiquiátrico abierto» (OMS, 1950, p. 2). De hecho, su vocación inicial de pacificación y transformación mundial conllevó una problematización parcial del funcionalismo meyeriano que había sustentado al movimiento de higiene mental: «si mantenemos que la adaptación al ambiente es en todos los casos un fenómeno mental sano, no tenemos en cuenta que un ambiente puede ser tal que la reacción saludable sea intentar cambiarlo» (OMS, 1950, p. 2). La solución ante tal diatriba fue, sin embargo, la de apuntalar un funcionalismo parcial pacificador y relativo a las relaciones humanas: «aunque el impulso para adaptarse a cualquier ambiente no es una característica de la salud mental, la capacidad de establecer relaciones armoniosas con otras personas sí lo es» (OMS, 1950, p. 2), como si el cambio no implicase de por sí la emergencia del *antagonismo social* y, con ello, la ruptura de la armonía hegemónica de las relaciones humanas (Laclau y Mouffe, 1987). Estas afirmaciones formuladas en 1950 pertenecen al

Comité de Expertos de Higiene Mental de la OMS, y se inscribieron en la necesidad de establecer la primera definición de salud mental de la OMS. Ésta no abandonó el locus de la *optimización* individual ni el funcionalismo, pero los presentó desde un lenguaje marcadamente psicoanalista en un horizonte destinado a civilizar lo «primitivo» del individuo —sus instintos agresivos—, y modular su «personalidad» de tal modo que las «frustraciones» que activan las agresiones, se canalicen adecuadamente y no impidan activar sus potencialidades para producir cambios armónicos en el «ambiente», capaces de garantizar la paz universal:

La salud mental, [...] es influenciada por factores tanto biológicos como sociales. No es una condición estática, sino sujeta variaciones y fluctuaciones de cierta intensidad; [...] implica la capacidad para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir con ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, potencialmente en conflicto; armoniosa porque culmina en una síntesis integrada, más bien que en la abstención de la satisfacción de ciertas tendencias instintivas, como fin de evitar la frustración de otras. Implica, además, que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad de modo que le permita hallar para sus impulsos instintivos, susceptibles de hallarse en conflicto, expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades (OMS, 1950, p. 2).

La segunda definición de salud mental de la OMS, mucho más difundida que la anterior —y aquella que opera hegemonícamente en nuestros días—, no llegó hasta el 2001, cuando el neoliberalismo y el determinismo biológico estaban más que asentados a nivel global y la OMS dedicaba por primera vez su *Informe sobre la salud en el mundo* a la salud mental. Éste anunciaba la magnitud de la desgracia y es una buena evidencia de lo ilimitado del proyecto global de psiquiatrización de las subjetividades, ya bajo el amparo de las grandes farmacéuticas y del determinismo biológico:

Una de cada cuatro personas padece un trastorno mental en alguna etapa de su vida. [...] La carga social y económica que supone la enfermedad mental es enorme. [...] Sabemos que los trastornos mentales son el producto de muchos factores y que tienen una base física en el cerebro. Sabemos que pueden afectar a cualquier persona, en cualquier parte. Y sabemos que en la mayor parte de los casos existen tratamientos eficaces (OMS, 2001b, p. ix).

Este informe, que se posicionaba a sí mismo en el modelo bio-psico-social del que nació la acción intergubernamental en salud mental, atribuyendo al tiempo el «funcionamiento de la mente» principalmente a «su base fisiológica» y cerebral, reflexionó sobre el concepto de salud mental, aseverando que «en las distintas culturas, los estudiosos» lo habían «definido de formas diversas» y que éste era un «concepto» que abarcaba: «el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales» (OMS, 2001b, p. 5). Afirmó que se admitía que

la salud mental es un concepto «más amplio que la ausencia de trastornos mentales» y que «desde una perspectiva transcultural» era «casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental» (OMS, 2001b, p. 5). Acto seguido el informe se abocó a lo que la OMS venía haciendo sistemáticamente en sus políticas de salud mental como ha demostrado Lopera-Echavarría (2015), esto es: centrarse en la «carga» de las enfermedades o trastornos mentales, sus alarmantes y siempre crecientes indicadores epidemiológicos, los métodos diagnósticos y preventivos y los tratamientos a prescribir.³⁶² Contra la definición positiva y difícilmente universal de la salud mental, se opuso como universal la epidemiología y la taxonomía de los «trastornos mentales», su condición negativa de posibilidad.

No obstante, poco después, ese mismo año se publicó la definición *transcultural* —o universal— y *positiva* de la salud mental en una de las Hojas informativas de la OMS, aquélla que persiste en nuestros días, y ha sido replicada en infinidad de documentos; aquélla que remite también en sus fundamentos al «bienestar y el funcionamiento eficaz de una persona y una comunidad» y se autoproclama como «coherente» con la «amplia y variada» interpretación de la salud mental «en las distintas culturas» (WHO, 2004, p. 10). Ésta perdió completamente la crítica parcial al funcionalismo que encontrábamos en la primera —el reconocimiento de que la respuesta «mentalmente saludable» no necesariamente deba pasar por una adaptación al «ambiente»— y se insertó plenamente en la matriz de la *eficiencia*, la aptitud (*o fitness*) y la adaptación incuestionable al ambiente —neoliberal, patriarcal y neocolonial— que viene dado, no por casualidad, con sus «determinantes socioeconómicos y ambientales» (WHO, 2004, p. 10):

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (WHO, 2001b).

El estado de excepción que nos concierne, vinculado al dispositivo psiquiátrico y, por ende, aplicable exclusivamente a la dimensión mental del dualismo cartesiano, empezó a configurarse en el seno del régimen de los derechos humanos después de que, el 16 de diciembre del 1966, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobase el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Dos tratados de derechos

³⁶² Esta tendencia ha afectado incluso al locus de la promoción de la salud: «La gran mayoría de los documentos analizados, incluyendo las conferencias de promoción de la salud, toman la salud como ausencia de enfermedad, así expresen lo contrario. Es frecuente que se proponga hablar de salud mental y, a continuación, se expongan la distribución de los trastornos mentales, su prevalencia, modos de intervención, entre otros aspectos» (Lopera-Echavarría, 2015, p. 17).

humanos vinculantes que tardaron diez años en entrar en vigor —el 3 de enero del 1976 y el 23 de marzo del 1976, respectivamente— y que, junto a la DUDH, conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos. Importantemente, el PIDESC basándose en la Constitución de la OMS y no en la DUDH,³⁶³ reformuló y transmutó en vinculante nuestro actual «derecho humano a la salud» en tanto «derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» (art. 12). Un derecho que, ante el incipiente despliegue del neoliberalismo, perdía significativamente la dimensión explícitamente *social* de la definición de salud de la OMS, eso sí, conservando la matriz del fitness y la optimización en la que ésta se asentaba.

El mismo mes en que se aprobaba el PIDESC, Thomas Szasz, líder de la antipsiquiatría en Norteamérica, publicaba un artículo titulado *The Right to Health*.³⁶⁴ Éste nos servirá para situar los graves problemas en los que por entonces estaba sumido el dispositivo psiquiátrico que, desde inicios de los 60 tuvo que enfrentar incisivas críticas provenientes de la sociología, las humanidades, la filosofía y la propia psiquiatría, en diálogo con los cuales nacieron los primeros movimientos sociales de «expacientes» y «expresas» de la psiquiatría, de los cuales nos ocuparemos más adelante.

En el torrente intelectual de los años 60 y 70 en el que participaron, entre otros, Francesc Tosquelles, Félix Guattari, Frantz Fanon, Michael Foucault, Erving Goffman, Ronald David Laing, Franco Basaglia, Talcott Parsons, David L. Rosenhan, Phyllis Chesler y el propio Szasz, se caracterizó por poner en jaque —con mayor o menor intensidad— las relaciones de saber-poder que operaban en el dispositivo psiquiátrico, incluyendo en conjunto, y a pesar de las múltiples diferencias entre dichos autores y

³⁶³ La DUDH sólo contiene una única mención a la salud en su artículo 25.1, y ésta aparece subordinada al derecho a un nivel de vida adecuado, esto es, al locus de la justicia social y la noción de la protección de la salud y no de la promoción: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad».

³⁶⁴ Entre las medidas necesarias que deben adoptar los Estados Partes del PIDESC, a fin de asegurar la plena efectividad del derecho humano a la salud, figuran: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas y; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Además, los Estado Parte a fin de proteger la salud – junto con la seguridad, el orden la moral pública y los derechos y libertades fundamentales de los demás, pueden «limitar», según el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966) los derechos de: circulación y residencia (art. 12); Libertad de pensamiento, conciencia o religión (art. 18); Libertad de opinión (art. 19); Reunión pacífica (art. 21); y, Libertad de asociación (art. 22). El estado de excepción en vinculación a las enfermedades infecciosas y epidémicas es una medida cuarentenaria, como ya vimos, con una larga historia, que hemos vivido recientemente con la primera pandemia global, la Covid-19.

autoras: feroces críticas al encierro manicomial y el tratamiento forzoso, así como a la validez de la categoría de «enfermedad mental», de los diagnósticos y de los tratamientos psiquiátricos, especialmente de aquéllos de carácter forzoso y somático que eran ampliamente empleados —electrochoque, choque insulínico, lobotomía, neurolépticos y otras drogas psicoactivas—, pero también de las psicoterapias y del reduccionismo del psicoanálisis; críticas a la relación de poder médico-paciente y análisis de los procesos de psiquiatrización y pérdida de agencia; un desmantelamiento generalizado del status de ciencia médica de la psiquiatría y análisis que revelaron su carácter político, normativo y de «control social» vinculado al despliegue del capitalismo, en algunos casos iluminando también la matriz colonial y patriarcal de la que participa; y dando lugar, en otros, a prácticas terapéuticas contrahegemónicas basadas en principios de autogestión y restitución del sujeto de derecho.

Thomas Szasz, se convirtió en una figura muy influyente para el movimiento norteamericano de expacientes y expresas de la psiquiatría, por ser uno de los más fervientes críticos de la categoría de «enfermedad mental» y de desigualdad ante la ley, particularmente en la forma del tratamiento e internamiento forzoso (Chamberlin, 1990). En 1969, poco después de la aprobación del PIDESC, discutía ambas cuestiones en relación con el «derecho a la salud»:

En relación con el tratamiento psiquiátrico, entonces, el problema más fundamental y exasperante se convierte en: ¿Cómo puede un “tratamiento” que es forzoso ser también un derecho? Como he demostrado en otro lugar, el problema que plantea el abandono y el maltrato de los enfermos mentales hospitalizados en instituciones públicas no se deriva de ninguna insuficiencia en el tratamiento que reciben, sino más bien de la falacia conceptual básica inherente a la noción de enfermedad mental y de la malevolencia moral inherente a la práctica de la hospitalización mental involuntaria. Preservar el concepto de enfermedad mental y las prácticas sociales que ha justificado y enmascarar sus flagrantes defectos cognitivos y éticos mediante un superpuesto “derecho al tratamiento mental”, no hace más que agravar una situación ya de por sí trágicamente inhumana (Szasz, 1969, p. 355).³⁶⁵

³⁶⁵ El artículo fue publicado originalmente en el número de marzo de 1969 de la *The Georgetown Law Journal* y posteriormente reproducido en junio de ese mismo año en la revista *The Freeman*, que es a la que he tenido acceso (Szasz, 1969).

La emergencia de la discapacidad en Naciones Unidas: de la erradicación de la «degeneración» a la rehabilitación de la fuerza de trabajo «deficiente»

Desarrollo, progreso y eficiencia:
hacia el «pleno aprovechamiento de los recursos humanos»

Fue a inicios de los años 70 —en el largo lapso entre la aprobación del PIDESC y del PIDCP y su entrada en vigor— y con el giro a la desinstitucionalización en creciente despliegue, cuando Naciones Unidas empezó a socavar el postulado de Igualdad ante la Ley consagrado en la DUDH. El interés de NU por la discapacidad partió de la matriz de reflexiones que condujeron a la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (DPDS, 1969),³⁶⁶ en lo que concierne al derecho —y la obligación— al trabajo, que había sido tratado ampliamente en el PIDESC sin mención a la «invalidez», «deficiencia» o «discapacidad» (Arts. 6, 7, 8, 10, 11).

La DPDS estableció que «todos los pueblos y todos los seres humanos», no sólo tenían el derecho a «gozar libremente de los frutos del progreso social» sino también el *deber* de «contribuir a él» (art. 1). El progreso y el desarrollo en lo social debía fundamentarse «en el respeto de la dignidad y el valor de la persona humana [...] asegurar la promoción de los derechos humanos y la justicia social» (art. 2) y buscaba, entre otros, el «crecimiento ininterrumpido y diversificado del sector industrial» (art. 17) por lo que exigía «el pleno aprovechamiento de los recursos humanos» (art. 5) y, por tanto, también:

exigen la participación de todos los miembros de la sociedad en un trabajo productivo y socialmente útil, y el establecimiento, de conformidad con los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como con los principios de justicia y de función social de la propiedad, de modos de propiedad de la tierra y de los medios de producción que excluyan cualesquiera formas de explotación del hombre, garanticen igual derecho a la propiedad para todos y creen entre los hombres condiciones que lleven a una auténtica igualdad (énfasis mío, DPDS, Art 6. párr. 2.).

La exigencia de generalizar la participación de todos los miembros de la sociedad en el *trabajo útil y productivo*, que debía desembocar en «la eliminación del desempleo y el subempleo» y requería «el logro de los más altos niveles de salud» y la maximización de las aptitudes, no podía eludir la cuestión de quienes quedaron atrapados entre el mandato de trabajo y la condena de la ociosidad, caso paradigmático de la *invalidez* (DPDS, art. 10b). La invalidez, hizo aparición en dos direcciones diferenciadas de la

³⁶⁶ Asamblea General de las Naciones Unidas. (1969). Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, resolución 2542 (XXIV), de 11 de diciembre de 1969.

Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo. Primero, bajo el deber de desarrollar «sistemas de servicios y seguros sociales para todas aquellas personas que por enfermedad, invalidez o vejez no puedan ganarse la vida, temporal o permanentemente» (DPDS, art. 11). Y posteriormente, bajo el deber de instituir «medidas apropiadas para la rehabilitación de las personas mental o físicamente impedidas, especialmente los niños y los jóvenes, a fin de permitirles en la mayor medida posible *ser miembros útiles de la sociedad*» (énfasis mío, DPDS, art. 19. b). Ánimo de integración, por tanto, de las personas consideradas como invalidas o incapaces para el trabajo, en el trabajo, o lo que es lo mismo en «el pleno aprovechamiento de los recursos humanos», que exigía la matriz desarrollista de progreso (art. 5).

A partir de esta racionalidad del pleno empleo, el progreso y el desarrollo industrial ilimitado, inserta en la matriz de optimización de la *eficiencia*, para la cual los «impedidos» e «impedidas» (*disabled*) eran un obstáculo cuya existencia —en la medida de lo posible— debía ser prevenida o rehabilitada en términos de utilidad y empleo, NU inauguró su creciente y específico interés por la «discapacidad». Este espíritu biopolítico y disciplinario de normalización, integración y maximización de la fuerza de trabajo, se materializó e hizo compatible, a lo ancho del último tercio del siglo XX, en la inclusión-excluyente de los sujetos medicalizados por la psiquiatría en el régimen de los derechos humanos. O lo que es lo mismo, en la progresiva y persistente configuración a través de las declaraciones y recomendaciones de NU en materia de discapacidad y enfermedad mental de un estado de excepción a los derechos humanos universales, a aplicar por atribución de discapacidad, deficiencia o enfermedad en el espectro de la *mente*. Revelando, una vez más, la paradójica articulación positiva entre biopolítica (hacer vivir, incrementar las fuerzas y las aptitudes productivas) y soberanía (hacer morir, relegar a la vida meramente biológica) característica del núcleo de emergencia del poder psiquiátrico.

Las «*mentally retarded persons*» en la encrucijada: entre la
optimización de las aptitudes y la «anulación»
del derecho a lo humano

El 20 de diciembre del 1971 la Asamblea General de las Naciones Unidas «reafirmando su fe en los Derechos Humanos y las libertades fundamentales y en los principios de paz, de dignidad y valor de la persona humana y de justicia social» y «teniendo presente la necesidad de ayudar a los retrasados mentales a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal» adoptaba la *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental* (DDRM, 1971, preámbulo, en el original *Mentally Retarded Persons*) y pedía que ésta sirviera de base común en el plano nacional e internacional.³⁶⁷

La DDRM se basó fundamentalmente en la *Declaration of General and Specific Rights of the Mentally Retarded* (1968) adoptada en base al principio de la normalización por la *International League of Societies for the Mentally Handicapped* (ILSMH, constituida en 1960 y precedente de la actual *Inclusion International*) (UNESCO, 1981; Wolfensberger et al., 1972).³⁶⁸ El «principio de normalización», que en términos genealógicos era constitutivo del campo de la psiquiatría de la anormalidad ya emergente en la primera mitad del siglo XIX a partir de la noción de *desarrollo* normal y patológico, según sus promotores del siglo XX anclaba «sus orígenes» en los servicios escandinavos para «retrasados mentales», y a inicios de los 70 se había convertido en «toda una nueva ideología de la gestión humana» que trataba «en esencia [...] de la prevención y la reversión de la desviación», siendo considerada como «la estrategia más eficaz para generar un comportamiento normal» (Wolfensberger et al., 1972, p. 25; 27; 148).

Estos nuevos ideólogos de la «normalización» la consideraron y sistematizaron como un *principio metodológico universal y relativista* que podía ser aplicado a la «gestión humana» en cualquier contexto cultural, definiéndola como:

³⁶⁷ El original inglés incluía la calidad de persona y evitaba el masculino genérico, titulándose: *Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons*. En tanto Declaración, la DDRM carece de valor jurídico vinculante, lo que no impidió que su efecto fuera el de establecer, en el plano discursivo y normativo, el más alto estándar internacional en materia de derechos humanos y «retraso mental» hacia el cual las diversas Naciones debían tender.

³⁶⁸ Declaración de Derechos Generales y Especiales de los Deficientes Mentales, Liga Internacional de Asociaciones Pro-Deficientes Mentales, y Inclusión Internacional, respectivamente.

Utilización de medios que sean tan culturalmente normativos como sea posible, con el fin de establecer y/o mantener comportamientos y características personales que sean tan culturalmente normativos como sea posible (Wolfensberger et al., 1972, p. 28).

La DDRM estuvo investida de este espíritu normalizador y fue de hecho una creación atribuida directamente a la LSMH,³⁶⁹ pero manifestaba aplicar los principios consagrados en la DUDH para un caso particular de sujeto altamente devaluado y en la traducción española formulado en masculino genérico: el «retrasado mental». La existencia de este sujeto medicalizado fue incluida como un caso específico en el régimen de los derechos humanos con el ánimo de incrementar sus aptitudes productivas y normalizar su existencia, pero de manera más simple y llana, lo que también hizo fue *fundamentar* su exclusión. Lo notable es que la DDRM, no dedicó ningún espacio a la *definición* de dicho sujeto; esto es, no especificó quienes eran los «retrasados» y «retrasadas mentales» cuyos derechos humanos «especiales» proclamaba.

No obstante, el despliegue genealógico de este sujeto psiquiatrizado ya lo conocemos. Lo vimos revestido bajo el nombre de «imbecilidad» o «idiotéz» y fusionado con la locura a partir de la noción de *delirio* en el núcleo de emergencia del alienismo francés, la primera psiquiatría que estuvo configurada en torno al eje aglutinador de la sinrazón (Foucault, 2007a, p. 253). Poco después, con el surgimiento de la psiquiatría de la anormalidad en la Francia de mediados del siglo XIX, asentada en las nociones de instinto, voluntad y conducta, lo vimos diferenciándose de la locura, cuando Édouard Seguin, a partir de la noción de desarrollo normal y patológico, resolvió que la «imbecilidad» no era una «enfermedad mental», y se dedicó a trasplantar la lógica de dominación del «tratamiento moral» nacido del manicomio, a la educación de «idiotas» y «débiles mentales»; un gesto que inauguró las primeras Escuelas Especiales (Foucault, 2007a, p. 246).

A principios del siglo XX, con el asentamiento hegemónico del determinismo biológico y la teoría de la herencia que Morel (1857) había iniciado, lo vimos envuelto en las categorías anglosajonas de *mentally defective* o *feeble-minded*; esas subespecies particularmente temidas de la «degeneración» que amenazaban a la especie y la raza por su stock inferior, su vínculo innato con el crimen y su propensión a la promiscuidad y el contagio de enfermedades venéreas, cuyos mecanismos de reproducción debían ser controlados, especialmente en el caso de las mujeres (Fernald, 1912; NCMH, 1913; Trent,

³⁶⁹ «Los principios subyacentes inherentes a la normalización han dado lugar a avances tan recientes como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Retrasados Mentales, elaborada por la Liga Internacional de Sociedades en favor de las Personas con Deficiencia Mental» (Wolfensberger et al., 1972, p. 6).

1995). Eran esas existencias que —junto a la de la locura— todas las variantes de la eugenesia prometieron erradicar prospectivamente de la faz de la tierra mediante la esterilización forzosa, esas existencias que la *Rassenhygiene* del III Reich exterminó masiva e independientemente de su adscripción racial (Friedlander, 1995; Lifton, 1986). Eran aquéllos y sobre todo *aquéllas* contra quienes se dirigían los ataques más incisivos de Fernald (1912) en el incipiente despliegue de la higiene mental sobre el campo del defecto mental (Beers, 1921; NCMH, 1912, 1913).

Con la escolarización obligatoria, Binet y Simons inventaron una sofisticada técnica para detectarlos y detectarlas desde la niñez, las primeras medidas presuntamente científicas de la inteligencia de los individuos. Tras el perfeccionamiento de Terman (1916), el test de inteligencia comenzó a ser empleado masivamente cuando EEUU entró a la I Guerra Mundial y lo empleó para seleccionar y administrar a los soldados (Davies, 1923; Dowbiggin, 2011; NCMH, 1918b), y posteriormente se expandió por el mundo industrializado para administrar a las poblaciones enteras desde la niñez. Herramienta imprescindible, según Meyer (1919, p. 55), para predeterminar el nivel de cada quién, para entrenar a los sujetos en el destino social que habría de esperarles, destino infértil; orientado a la extinción de los CI inferiores, y a la administración científica de las fuerzas de trabajo de todos los cuerpos. El *scanning* poblacional del test de inteligencia —lo vimos— como predijo Terman (1916, pp. 91–92) produjo la jerarquización de la especie humana en múltiples categorías estancas, de los genios a los defectuosos mentales irremediables, produjo avalanchas de nuevos *feeble-minded*, las moronas y morones, especialmente entre los cuerpos más desposeídos; la clase campesina, proletarias manuales, pobres, y *aquéllas* que habitaban los espectros de la negritud, cuyo CI en la actualidad continúa por debajo de la media de la especie humana (Blanton, 2000; Helms, 2012; John y Nadine, 2006).

En EEUU la verdad del CI ha dado lugar a una práctica perversa contra las minorías raciales desde que, basándose en el caso Atkins contra Virginia, el Tribunal Supremo de Estados Unidos declaró en 2002 que ejecutar a «discapacitados intelectuales» —y no a otros sujetos— violaba la prohibición de la Octava Enmienda de la Constitución de Estados Unidos contra «los castigos crueles e inusuales», una disputa en la que no faltan argumentos epigenéticos:

En Atkins, el Tribunal se basó en gran medida en las normas médicas, que indicaban que los individuos con un cociente intelectual aproximado o inferior a setenta y que cumplían los demás criterios de discapacidad intelectual no podían ser condenados a la pena de muerte. [...] Desde Atkins, algunos expertos de la fiscalía han empezado a utilizar los llamados “ajustes étnicos” para elevar artificialmente las puntuaciones de CI de los acusados pertenecientes a minorías, haciendo que los acusados que habrían estado

protegidos por Atkins y su progenie sean elegibles para la pena de muerte. [...] los fiscales argumentan que esta discrepancia no se basa en la inferioridad intelectual, sino que existen sesgos en las pruebas y factores de comportamiento que hacen que los examinados pertenecientes a minorías obtengan peores resultados. Por lo tanto, según el argumento, las puntuaciones del cociente intelectual de las minorías deberían aumentarse para controlar estos sesgos y factores de comportamiento. [...] Este artículo recurre a la epigenética para explicar las discrepancias en las puntuaciones de CI, llegando a la conclusión de que los factores ambientales —como el maltrato infantil, la pobreza, el estrés y los traumas— pueden causar descensos en las puntuaciones reales de CI, que pueden transmitirse de generación en generación. [...] Por lo tanto, dado que los individuos que sufrieron estos factores ambientales pueblan desproporcionadamente el corredor de la muerte, los ajustes étnicos hacen más probable que se condene a muerte a individuos que en realidad están discapacitados intelectualmente (Sanger, 2015, pp. 87-88).

Tal vez por todo ello, no resulte sorprendente que la DDRM, no se molestase en definir quiénes eran los *mentally retarded*, cuyos «derechos especiales» venía a proclamar con tanto ahínco: la verdad de su ser ya venía determinada por la presunta objetividad de las matemáticas aplicada a la presunta ciencia de la psicología, eran por entonces, y siguen siendo, el subproducto más devaluado del test de inteligencia. A diferencia de la «locura» la existencia y stock genético de los y las *mentally retarded*, se caracterizó por no brillar bajo ninguna mirada compasiva con la chispa de la genialidad, lo cual determinó el destino frustrado que el debate de la APA del 1942 planeaba para estos cuerpos. Destino en el cual la eutanasia forzosa y los «principios de la higiene mental» se subsumían en la estrategia de inducir en las familias la aceptabilidad de la «muerte misericordiosa» (Anonymous, 1942), muerte de la cual habían sido exonerados los cuerpos psiquiatrizados «esquizofrénicos» y «maniacodepresivos», pues en caso de eliminarles las generaciones futuras solo producirían «mediocridades, capaces de empujar, pero no saltar; y es el salto lo que cuenta» (Foster Kennedy, 1942, p. 16).

La DDRM empezó el listado de derechos humanos especiales que debería aplicarse al caso del «retraso mental» proclamando que: «el retrasado mental debe gozar, *hasta el máximo grado de viabilidad*, de los mismos derechos que los demás seres humanos» (énfasis mío, párr. 1). Gesto inaugural que —en su titubeo— desvela ya el estado de excepción a los derechos humanos que vino a consagrar y universalizar. Tras dicha aseveración, la DDRM prosiguió proclamando el primer derecho del que debían gozar los cuerpos marcados por el retraso mental, el cual los revela esencialmente como lo que en términos prácticos eran, objetos predilectos de tratamiento y experimentación médica:

El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes (DDRM, 1971, párr. 2).

Las aptitudes, el fitness y las capacidades de este cuasi-objeto eran lo que la medicina, y más particularmente la psiquiatría, la psicología y el trabajo social, debían cosechar y optimizar, un *desperdicio* de fuerza de trabajo que no podía pasar desapercibido en ninguna sociedad todavía fundamentada en el desarrollismo y la aspiración del *pleno empleo* de sus recursos humanos; o lo que es lo mismo del «trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social» (DDRM, 1971, preámbulo). Ya vimos como el proyecto «rehabilitador» y de ajuste social de este sujeto se expandía en el despliegue de entreguerras de la higiene mental, cuando Fernald descubría que muchas de sus reclusas fugitivas y fugitivos, contra todo pronóstico se habían acoplado funcional y moralmente a las comunidades (Fernald, 1919b, 1919a). Vimos también como este proyecto de «rehabilitación» y producción de trabajadores y trabajadoras manuales de bajo coste (Davies, 1923) colapsaba con el estallido de la Gran Depresión, tras el cual ante el desempleo imperante, la «libertad condicional» empezó a convertirse en un bien escaso (Trent, 1995). El tercer derecho humano proclamado para las personas «retrasadas mentales» por la DDRM, más allá de la «seguridad económica y el nivel de vida decoroso» que era un universal del Estado del Bienestar, fue el derecho –o quizás cabría matizar, la obligación– «en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil» (párr. 3).

La DDRM prosiguió con una *ambivalente* tentativa de desinstitucionalización claramente frustrada, tentativa que mantuvo los fundamentos del hábitat que había sido levantado para los retrasados y retrasadas mentales, la institución total medicalizada: «de ser posible [tiene derecho] a residir con su familia o un hogar que substituya al propio y participar de [...] la vida en comunidad»; sin embargo, si es «necesario internarlo en un establecimiento especializado», «el ambiente y condiciones de vida [...] deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal» (párr. 4), lo cual constituía un aspecto clave del principio de normalización (Wolfensberger et al., 1972).

La institucionalización iba pareja de la incapacitación jurídica, es decir, de la muerte en tanto sujeto de derecho, o lo que es lo mismo: de la constitución en objeto de protección sin capacidad decisoria y del mantenimiento en la minoría de edad. Por ello «el retrasado mental» debía tener el particular derecho de «poder contar con la atención de un tutor calificado cuando esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes» (Art 5). La protección tutelar vinculada a la idea de la falla en la *voluntad* tenía su espejo en caso de imputación de un delito de la mano de la inimputabilidad penal, un procedimiento judicial que según la DDRM debía tener «plenamente en cuenta» el «grado de responsabilidad» y las «facultades mentales» de los retrasados y

retrasadas mentales (Art 6). Un procedimiento que nunca ha implicado la ausencia de condena, sino la ausencia de *juicio*, pues la inimputabilidad presumía la culpabilidad y venía —viene todavía hoy, en la mayoría de los Estados— seguida de la condena medicalizada del encierro institucional y el tratamiento forzoso, en ocasiones de carácter temporal ilimitado.

El despliegue que hizo la DDRM de este sofisticado sistema de exceptuación para el caso de las *mentally retarded persons* como sujetos del derecho humano, vinculado al encierro en instituciones totales, al tratamiento médico forzoso, a la incapacitación jurídica y a la inimputabilidad penal, por si no quedara claro, culminó con la sorprendente transparencia que puso punto y final a la Declaración, consagrando el paradójico «derecho» —que nadie se atrevería a reivindicar para sí— de ser objeto de una «limitación o supresión» de *todos los derechos humanos*. Ésta quedó sujeta al criterio médico-psiquiátrico, inicialmente conquistado por los primeros alienistas a través de la querella en torno a la «monomanía homicida» (Álvarez-Uría, 1983; Robert Castel, 1980; De Saussure, 1946; Foucault, 1996, p. 106), aplicado —no a su responsabilidad como es el caso de la inimputabilidad penal— sino a la determinación de su funcionamiento social o capacidad de ajuste a al entorno normativo, y a una serie de ilusorias garantías judiciales:

Si algunos retrasados mentales *no son capaces* [...] de ejercer efectivamente *todos sus derechos* [humanos], o si se hace necesario *limitar o incluso suprimir* tales derechos, el procedimiento que se emplee [...] deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso [...] basarse en *una evaluación de su capacidad social* por *expertos calificados* [...] sujeta a *revisiones periódicas* y [reconocer] el *derecho de apelación* a autoridades superiores (énfasis mío, art. 7).

Apuntalando el abismo soberano entre la dimensión mental y física de la «deficiencia/discapacidad» y dando proyección de futuro al proyecto

Este estado de excepción capaz de suprimir de un plumazo todos los derechos y libertades fundamentales, capaz de arrojar a un cuerpo por fuera de lo humano y de entregarlo al poder soberano de la psiquiatría, fue ampliado a nuevas categorías de sujeto pocos años después, cuando Naciones Unidas retomó el tema de la discapacidad proclamando la *Declaración de Derechos de los Impedidos* (DDI, 1975).³⁷⁰ La traducción española eliminó nuevamente la calidad de «persona» incluida en el original (*disabled persons*)³⁷¹ y se refirió en masculino genérico a «los impedidos», definidos éstos como:

toda persona *incapacitada* de *subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte*, a las necesidades de una *vida individual o social normal* a consecuencia de una *deficiencia, congénita o no*, de sus *facultades físicas o mentales* (énfasis mío, párr. 1).

El nodo articulador de la discapacidad fue, por tanto, la *deficiencia* —congénita o no—, que interfería con el tropo de la independencia de los cuerpos entendidos como entidades discretas y con el ajuste a la «vida normativa» en un espectro de funcionalidad delimitado por las dos esferas del binarismo cartesiano, la física y la mental. Aquél binarismo que —como vimos— consolidó el modelo de persona que sirvió de base para el despliegue del capitalismo en la era anatomopolítica (Foucault, 2007b); el individuo discreto y autosuficiente, compuesto por un cuerpo-máquina y una mente o razón que lo gobierna y disciplina (Federici, 2010). Se sienten también en el núcleo neurálgico de la discapacidad los ecos mórbidos de la «degeneración», su matriz inhumana —*congénita o adquirida*— se viste ahora con el velo de la «(d)eficiencia» que mina la *eficiencia nacional* y la aptitud productiva del desarrollismo. Copias todas ellas defectuosas del *Tipo Original o Normal de la Especie Humana* como diría Morel (1857), impedidas, incapaces de incorporarse en los engranajes (re)productivos de la «vida individual o social normal».

Es evidente que en el desplazamiento que va de la degeneración a la deficiencia algo se va perdiendo en el camino, se conservan, en esta Declaración sólo las subespecies físicas y mentales. La «degeneración moral», particularmente por disidencia política u orientación sexual, empieza a dejar de ser constitutiva del renovado espacio de la

³⁷⁰ En tanto Declaración, y al igual que la DDRM, la DDI carece de valor jurídico vinculante, pero de nuevo, en el plano discursivo y normativo, estableció el más alto estándar internacional en materia de derechos humanos y «discapacidad» hacia el cual las diversas Naciones debían tender.

³⁷¹ Titulada: *Declaration on the Rights of Disabled Persons*.

deficiencia-discapacidad. Éste empieza a quedar delimitado en torno al valor productivo de los cuerpos en términos de *fuerza de trabajo*, justo en el cenit del intenso movimiento de «control de la población» de los años 50-70 (Dowbiggin, 2008; Warren C. Robinson y Ross, 2007) y ante la incipiente «revolución silenciosa», cuando las mujeres de los países industrializados decidían crecientemente incorporarse al mercado laboral a partir de un locus de identificación con su carrera profesional (Goldin, 2006). La función (re)productiva del matrimonio heterosexual en la matriz capitalista colonial y patriarcal empezaba a perder su hegemonía.

Para 1975 la APA ya hacía casi tres años que había retirado la homosexualidad de la séptima impresión de su manual de trastornos mentales —el DSM-II— en respuesta al Movimiento de Liberación Gay en alianza con la Antipsiquiatría, eso sí, manteniendo —entre otros— el diagnóstico de «homosexualidad egodistónica». Esta lucha por la despatologización de la orientación sexual tuvo que esperar a 1990 para ser consagrada por la OMS en el CIE-10 y a 1993 para desaparecer de la reimpresión de la Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías de la OMS (1995), como veremos en adelante (Edsall, 2003; McCommon, 2006; Peidro, 2021).

La política exterminadora nazi ya prefiguraba, a su modo, el desplazamiento que va de la degeneración a la deficiencia. Allí, las desviaciones «físicas, intelectuales y morales» del Tipo Normal de lo Humano corrieron un destino prefigurado en función de su valor (re)productivo y funcional para el cuerpo ario de la nación. La «locura» y la «deficiencia», ambas constituidas como «enfermedades incurables», fueron las primeras víctimas de exterminio masivo dada la amenaza que suponían en términos degenerativos para el cuerpo del *Volk* y el valor negativo de vida que se les atribuía como *Ballastexistenzen* (vidas de lastre). Una «carga» insostenible de cuidados que llevó a la invención de la cámara de gas, posteriormente empleada también para el exterminio de las «razas» inferiorizadas (Friedlander, 1995; Lifton, 1986; Müller-Hill, 1998). En contraste, para la homosexualidad masculina y la disidencia política el III Reich inventó otro sistema de aniquilamiento, uno que exprimía sus *fuerzas productivas* hasta el último aliento: el «Programa de Exterminio Mediante el Trabajo» (Haeberle, 1981; Ruiz-Olalde, 2004; USHMM, 2020).

La DDI instó tanto a «prevenir la incapacidad física y mental» como a «proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos» garantizando su «bienestar y su rehabilitación», incluidas las medidas «médicas, psicológicas y funcionales [...] que aseguren el *aprovechamiento* máximo de sus facultades», la mayor «autonomía posible» y «en la medida de lo posible» fomenten su «integración o reintegración» a la «vida social normal» (DDI, preámbulo y párr. 5-6). El principio de normalización

emergió de nuevo ensamblado a esa suerte de titubeo tecnocientífico orientado a *maximizar las facultades* de los cuerpos y subjetividades que son concebidos como «defectuosos» y aprovechar su reintegración al sistema productivo —que no reproductivo— normativo.

La desinstitucionalización frustrada bajo criterio de un tercero —presumiblemente médico o familiar— seguía también presente en la DDI: «si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado» porque lo exige «su estado o la mejoría que se le podría aportar [...] el medio y las condiciones de vida [...] deberán asemejarse lo más posible a los de la vida normal de las personas de su edad» (párr. 9). La institucionalización forzada operaba sin distinción entre la esfera física o mental de la discapacidad, afectaba potencialmente a todos los cuerpos discapacitados. No obstante, la DDI universalizó —como era de esperar— un régimen jurídico excepcional para el caso de la discapacidad mental. El párrafo 4, a pesar de empezar proclamando que «el impedido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos» prosigue en la práctica suprimiendo estos derechos *exclusivamente* para una subespecie de «impedidos», invocando «el párrafo 7 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental» que debía aplicarse a «toda limitación o supresión de esos derechos [humanos] para los impedidos mentales [*mentally disabled*]» (énfasis mío, párr. 7).

Las personas que cargaban con la codificación de «impedidas» o «discapacitadas» *mentales*, por contraposición a las discapacitadas *físicas*, claro está, eran quienes estaban comprendidas bajo la vieja atribución de la *sinrazón* que el nódulo de la «deficiencia/discapacidad mental» volvió a reunir bajo una misma categoría administrativa de gobierno. Administrativa, porque el par discapacidad/deficiencia remitía —remite— al certificado médico que, en el contexto del Estado de Bienestar, garantiza la provisión Estatal de «seguros sociales» relativos al caso de la «invalidez» o incapacidad para el trabajo: un caso específico que, parafraseando la DUDH, queda comprendido —junto al desempleo, la enfermedad, la viudez y la vejez— en el conjunto de la ciudadanía que cae en el abismo que se abre entre el mandato de trabajo y la condena de la ociosidad, aquéllos y aquéllas que han perdido «sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad» (DUDH. art. 25).

Cuando Leandro Despouy (1944-2019),³⁷² Relator Especial de la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección de Minorías de NU, en 1991 dedique su relatoría a los derechos humanos y la discapacidad, y note que «la definición de “persona discapacitada” varia considerablemente», tanto de un país a otro como dentro de un mismo aparato legislativo de Estado, también encontrará que la «incapacidad total o parcial para el trabajo» es el «criterio universal» (Despouy, 1993, párr. 99). La discapacidad/deficiencia *mental* unificó lo que la psiquiatría había separado, la antigua distinción alienista entre «imbecilidad» y «enfermedad mental», por entonces —y por ahora— ampliamente operativa —pues como vimos— la norma era (es) institucionalizar a estos cuerpos devaluados y psiquiatrizados en edificios diferenciados, en el caso de caer bajo el «retrasado mental» operativos desde la más tierna infancia. Unificación que también configuró el informe de Despouy (1993).

No obstante, si bien este amalgamamiento choca con la arquitectura del dispositivo psiquiátrico en el fondo sólo unifica dos recorridos distintos de su territorio de poder-saber. En términos estrictamente jurídicos es un gesto coherente, bastó para universalizar el mismo «estado de excepción» que en potencia se les reservaba (Agamben, 2019): la anulación del sujeto de derecho, la constitución en objeto de tutela desposeído de existencia política y reducido a una vida meramente biológica que, —«por su propio bien»—, puede ser encerrada, forzosamente intervenida por la psiquiatría en tanto «medicina» y, en última instancia, expulsada del régimen jurídico de lo humano bajo el signo de la indistinción entre violencia y cuidado.

La DDI contenía algunas diferencias con respecto a su predecesora, la DDRM. Destaca en ella la inclusión y desarrollo —completamente paradójica para el caso de las *mentally disabled persons*— del principio de no discriminación,³⁷³ la mención al específico derecho a que se respete la «dignidad humana» de los y las impedidos —tampoco carente de contradicción—; y, sobre todo, la mención a «las organizaciones de impedidos que podrán ser consultadas con provecho respecto de todos los asuntos que

³⁷² Despouy ejerció múltiples cargos en Naciones Unidas, entre los más destacados: Relator Especial sobre la Protección de los Derechos Humanos bajo los Estados de Sitio o de Excepción (1985-1997); Relator Especial sobre los Derechos Humanos y las Personas con Discapacidad (1991); Presidente de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (actualmente Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Marzo de 2001-Marzo de 2002); Relator Especial sobre La Extrema Pobreza y los Derechos Humanos (2003-2009), y Relator Especial sobre la Independencia de los Magistrados y Abogados (2003-2009).

³⁷³ «El impedido debe gozar de todos los derechos enunciados en la presente Declaración. Deben reconocerse esos derechos a todos los impedidos, sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente al impedido como a su familia» (DDI, párr. 2).

se relacionen con los derechos humanos y otros derechos de los impedidos», un gesto histórico sin precedentes que, aunque no obligaba a la consulta, sí invitaba a ella (DDI, párr. 12).

Un año después de aprobar la DDI, el 16 de diciembre de 1976, la Asamblea General dio proyección de futuro a su interés por las *disabled persons* proclamando prospectivamente el 1981 como el Año Internacional de los Impedidos (AII)³⁷⁴ bajo el lema de «participación plena». Decidió dedicar ese año a la realización de una serie de objetivos, invitó a los Estados Miembro y a las «organizaciones interesadas» a prestar atención a los programas y medidas que deberían ese año desplegarse para elaborar, en consulta con el Secretario general, un proyecto específico para «los impedidos».³⁷⁵ Los objetivos fueron:

- (a) ayudar a los impedidos en su *adaptación [adjustment]* física y psicológica a la sociedad;
- (b) Promover todos los esfuerzos nacionales e internacionales tendentes a prestar a los impedidos *asistencia, atención, capacitación y orientación* adecuadas, poner a su disposición *oportunidades de trabajo adecuado* y asegurar su *integración plena* en la sociedad.
- (c) Estimular los proyectos de estudio e investigación destinados a *facilitar la participación práctica* de los impedidos en la *vida cotidiana*, por ejemplo, mejorando su *acceso a los edificios y los sistemas de transporte*.
- (d) Educar e informar al público sobre el derecho de los impedidos a *participar en diversos aspectos de la vida económica, social y política*.
- (e) Promover medidas efectivas para la *prevención de la incapacidad y la rehabilitación* de los impedidos (énfasis míos).³⁷⁶

Esta resolución, similar a las anteriores respecto a la mirada médica y al énfasis «rehabilitador» orientado a la «integración en la vida normal» de los «impedidos» especialmente en el empleo y la vida económica, continuó apegado a la noción de ajuste y al principio de normalización, y destacó por el llamamiento a la «participación plena de los impedidos» cuya visualización práctica en la «vida cotidiana» se concretó en un *único* ejemplo que evocaba las modificaciones arquitectónicas necesarias para posibilitar la movilidad y participación de las *physically disabled persons*: mejorar el «acceso a los edificios y los sistemas de transporte». Una demanda clave de los nacientes movimientos sociales que, en su lucha, se apropiaron políticamente del par

³⁷⁴ *International Year for Disabled Persons*.

³⁷⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas. (1976a). *Año Internacional de los Impedidos, 102a. sesión plenaria, resolución 31/123 del 16 de diciembre de 1976*. Años después, el 20 de diciembre del 1979, el tema fue rectificado a «participación e igualdad plenas», véase: Asamblea General de las Naciones Unidas. (1981). *Año Internacional de los Impedidos, 98a. sesión plenaria, resolución 36/77 del 8 de diciembre de 1981*.

³⁷⁶ Asamblea General de las Naciones Unidas. (1976a). *Año Internacional de los Impedidos, 102a. sesión plenaria, resolución 31/123 del 16 de diciembre de 1976*.

deficiencia/discapacidad —y lo resignificaron como identidad política— liderados por la dimensión *física* del binarismo cartesiano, en cuya emergencia y demandas políticas nos detendremos en adelante.

Interludio. La imprevista irrupción del neoliberalismo y la «ingobernabilidad» de las luchas democráticas

Tras pasar la resolución del AII, ese mismo día, el 16 de diciembre del 1976, lo siguiente que resolvió la Asamblea General de las Naciones Unidas fue el llamamiento a la *Protección de los derechos humanos en Chile* (1976).³⁷⁷ Este llamamiento expresaba la «profunda indignación por las constantes y notorias violaciones de los derechos humanos que han ocurrido y siguen ocurriendo en Chile, en particular» con lo respectivo a «la práctica institucionalizada de la tortura, de penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, la desaparición de personas por motivos políticos, las detenciones, los encarcelamientos y los destierros arbitrarios, y los casos de privación de la nacionalidad chilena» (párr. 1). Allí, en Chile bajo la cobertura de la dictadura de Pinochet el naciente «movimiento neoliberal» estadounidense estaba en aquellos precisos momentos llevando a cabo su primer laboratorio de liberalización económica (Escalante Gonzalbo, 2015, p. 104; Naomi Klein, 2007).

En EEUU, al torrente de fuerzas civiles contraculturales, contestatarias y antiautoritarias que emergieron en los años 60 e inicios de los 70 al calor de la lucha antirracista de las personas afrodescendientes contra las políticas segregacionistas y por el reconocimiento de los derechos civiles (*Civil Rights Movement*), y más ampliamente al calor de los crecientes procesos de descolonización que operaban en el contexto de la Guerra Fría, se les sumaron, en los ya amargos años 70 —de inestabilidad, desempleo y crisis económica— fuerzas neoliberales de carácter reaccionario. Así, a la efervescencia antiautoritaria de movimientos sociales que poblaban las calles de EEUU, desbordando los términos de la cotidianidad y de la Guerra Fría, entre los que podemos situar al Movimiento de Liberación de las Mujeres, al Movimiento Indígena Americano, al Movimiento Hippie, al Black Power y a los Black Panthers, al Movimiento Anti-guerra del Vietnam, al Movimiento Ecologista y al Movimiento de Vida Independiente, pero también a la Antipsiquiatría, al Movimiento de Liberación LGTBI y al Movimiento de Liberación de Pacientes Mentales, se les sumó el «Movimiento Neoliberal».

Aunque la sociedad civil estadounidense fue, sin duda, pionera en lo que respecta a la emergencia de muchos de estos movimientos, la politización de la sociedad civil mundial —que creció bajo la matriz del marxismo, los procesos de descolonización y la amenaza potencial de una guerra nuclear—, iba mucho más allá de EEUU, como lo demostró el cenit que se alcanzó en mayo del 68. Poco después, en 1973 se formó una Comisión

³⁷⁷ Asamblea General de las Naciones Unidas. (1976b). *Protección de los derechos humanos en Chile*, 102a. sesión plenaria, resolución 31/124 del 16 de diciembre de 1976.

Trilateral compuesta «por ciudadanos particulares de Europa Occidental, Japón y Norteamérica», cuyo objetivo era abordar los problemas comunes que afrontaban los gobiernos democráticos. Su conocido informe *The Crisis of Democracy* (Crozier et al., 1975), fue sucintamente analizado por Noam Chomsky (1978, p. 35), quién concluyó que respondía a «la ideología del ala liberal de la élite dirigente capitalista estatal».

El informe *The Crisis of Democracy* contenía un estudio de caso para cada una de las tres regiones y postulaba que el problema común era «un exceso de democracia» ya que los gobiernos democráticos venían desde los años 60 siendo crecientemente deslegitimados y «sobrecargados de participantes y demandas», o nuevos activismos sociales, que los sistemas políticos altamente burocráticos eran incapaces de manejar, y que convertían a las sociedades democráticas en «ingobernables» (Crozier et al., 1975, pp. 12-13; 113). El problema, en EEUU eran los «grupos de población anteriormente pasivos o no organizados» que se «embarcaron ahora en esfuerzos concertados para establecer sus reivindicaciones de oportunidades, posiciones, recompensas y privilegios» entre ellos «negros, indios, chicanos, grupos étnicos blancos, estudiantes y mujeres» (Crozier et al., 1975, p. 62). Y la solución a la gobernabilidad de la democracia pasaba por restaurar «la apatía y la no implicación de algunos individuos y grupos» en las demandas políticas de libertad e igualdad (Crozier et al., 1975, p. 114). Aunque las afirmaciones anteriores remitían al caso Estadounidense y al caso de la Europa Occidental respectivamente, las conclusiones generales sobre las «disfunciones de la democracia», las hicieron extensivas a todos los casos:

El buen funcionamiento del gobierno democrático ha dado lugar a tendencias que impiden dicho funcionamiento.

- (1) La búsqueda de las virtudes democráticas de igualdad e individualismo ha conducido a la deslegitimación de la autoridad en general y a la pérdida de confianza en el liderazgo.
- (2) La expansión democrática de la participación e implicación política ha creado una “sobrecarga” en el gobierno y una expansión desequilibrada de las actividades gubernamentales, exacerbando las tendencias inflacionistas de la economía.
- (3) La competencia política esencial para la democracia se ha intensificado, lo que ha provocado una desagregación de intereses y el declive y la fragmentación de los partidos políticos.
- (4) La capacidad de respuesta del gobierno democrático al electorado y a las presiones de la sociedad fomenta el provincialismo nacionalista en la forma en que las sociedades democráticas conducen sus relaciones exteriores (Crozier et al., 1975, p. 113).

En este contexto de politización social, crisis económica y cuestionamiento de los fundamentos de la democracia, el neoliberalismo salió de la marginalidad que caracterizó su lenta pero insidiosa implantación de redes globales, amparado por el ejército de Chicago Boys, adoptando como traje callejero «el espíritu de las protestas juveniles» y presentándose al mundo como otro «movimiento de oposición, rebelde,

enemigo del orden establecido» que, arriando la bandera de la libertad (Friedman, 1962), protestaba «contra el [monopolio de] Estado, contra la burocracia, los sindicatos, la clase política, contra todos los parásitos del sistema de la posguerra» (Escalante Gonzalbo, 2015, p. 104).

Su primera conquista, asentada sobre la sangre de Salvador Allende y de todo un pueblo, reveló sin embargo y contra la reivindicación de la libertad individual, el rostro de una dictadura en Latinoamérica, a la que le siguieron muchas otras (Escalante Gonzalbo, 2015; Naomi Klein, 2007; Laval y Dardot, 2013). Pinochet fue asesorado sistemáticamente desde 1975 por los Chicago Boys implantados en Chile, por el propio Milton Friedman, y por el «gran padre» Friedrich Hayek (Escalante Gonzalbo, 2015). Poco después, en 1976 Friedman, fue galardonado con el Premio «Novel» de Economía que —contra el legado de Alfred Nobel— inventó el Banco de Suecia en 1968.³⁷⁸ El neoliberalismo, comenzó así su estrategia de implantación global basada en la instauración del desastre y la doctrina del *shock*, o lo que es lo mismo en los conocimientos derivados de las técnicas psi para la manipulación de las mentes y los comportamientos (Naomi Klein, 2007).

A mediados de los años 70, la política económica de NU se situaba —como la del resto del mundo— a «las antípodas del programa neoliberal», y permanecía aferrada al Keynesianismo y al desarrollismo (Escalante Gonzalbo, 2015, p. 97). De hecho, incluso se había radicalizado haciendo un giro anticolonial y a la izquierda en respuesta a las peticiones de los «países en vías de desarrollo», especialmente a las de aquéllos que conformaban la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP); cuya fuerza de embargo destinada inicialmente a forzar una redistribución mundial de la riqueza del Norte al Sur, en tanto proveedores de gran parte del petróleo consumido en los «países desarrollados» se materializó en la Crisis del Petróleo que entre 1973 y 1974 afectó duramente a la economía mundial, y que el movimiento neoliberal supo aprovechar.

El embargo tuvo efectos duraderos en EEUU, cuyas empresas transnacionales venían controlando el mercado petrolero, pero también en otras naciones industrializadas occidentales dependientes del petróleo de Oriente Medio, que igualmente entraron en recesión y dónde también se asentó el desempleo, la pérdida de poder adquisitivo y una

³⁷⁸ Premio que robó el apellido Nobel con el que el multimillonario suizo Alfred Nobel había bautizado sus premios, los cuales, según su testamento, incluían las categorías de Física, Química, Fisiología o Medicina, Literatura y Paz. El premio «Novel de Economía», fue inventado por el Banco de Suecia en 1968 y su nombre formal es «Premio de Ciencias Económicas del Banco de Suecia en Memoria de Alfred Nobel». Es un premio de claras tendencias neoliberales, y puede ser considerado como parte del aparato de táctico-mediático orientado a la implementación del neoliberalismo. Friedrich Hayek lo había recibido en el 1974.

profunda crisis de inflación. Todo ello afectó, sin embargo, con mayor ferocidad a los países en «vías de desarrollo» que no disponían de petróleo y para los cuales «hubo que inventar una nueva categoría —el “cuarto mundo”—»; éstos, en tanto exportadores de otras materias primas también sometidos al legado del colonialismo, inicialmente «vitorearon ruidosamente la victoria de la OPEP y proclamaron su solidaridad» (Yergin, 1991, p. 365).

En respuesta a esta crisis económica mundial del petróleo, el 1 de mayo del 1974 la Asamblea General de las Naciones Unidas había aprobado la Declaración sobre el establecimiento de un nuevo orden económico internacional³⁷⁹ y un Programa de acción para implementarla³⁸⁰ (Escalante Gonzalbo, 2015; Yergin, 1991). El Nuevo Orden Económico Internacional respondía a los reclamos de los países recientemente descolonizados o en vías de descolonización. Pretendía explícitamente acabar con la «dominación colonial» histórica y el «neocolonialismo en todas sus formas» constituyentes de un sistema que «perpetúa la desigualdad» y fue establecido cuando «la mayoría de los países ni siquiera existían como Estados independientes».³⁸¹ Se fundamentaba en el reconocimiento de «la igualdad soberana de los Estados, la libre determinación de todos los pueblos, la inadmisibilidad de la adquisición de territorios por la fuerza, la integridad territorial y la no injerencia en los asuntos internos de otros Estados»³⁸² y buscaba «corregir las desigualdades y reparar las injusticias»³⁸³ desde una posición anticolonialista que prolongaba las políticas desarrollistas y keynesianas, e incluía la nacionalización de los recursos naturales de los Estados. Ratificando:

El derecho de todos los Estados, territorios y pueblos sometidos a la ocupación extranjera, a la dominación foránea o colonial o el “apartheid” a la restitución de sus recursos naturales y a la total indemnización por la explotación, el agotamiento y el deterioro de sus recursos naturales y todos los demás recursos de esos Estados, territorios y pueblos.³⁸⁴

³⁷⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas. (1974a). Declaración sobre el establecimiento de un nuevo orden económico internacional, resolución 3201 (S-VI) del 1 de mayo del 1974.

³⁸⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas. (1974b). Programa de acción sobre el establecimiento de un nuevo orden económico internacional, resolución 3202 (S-VI), del 1 de mayo del 1974.

³⁸¹ Asamblea General de las Naciones Unidas. (1974a). Declaración sobre el establecimiento de un nuevo orden económico internacional..., párr. 1.

³⁸² Ibidem, párr. 4.a.

³⁸³ Ibidem, párr. 3.

³⁸⁴ Ibidem, párr. 4f.

Nuevas taxonomías de la desviación

EL DSM-III y la resurrección de Emil Kraepelin

La primera versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*³⁸⁵ (DSM-I) de la APA (1952) articuló una síntesis entre las distintas aproximaciones psiquiátricas en Norteamérica, especialmente entre la perspectiva biopsicosocial meyeriana y la psicoanalítica, pero la influencia internacional de esta taxonomía no se sustanció realmente hasta el DSM-III (APA, 1980) y sus posteriores versiones, que reinstituyeron una nueva hegemonía del organicismo de Emil Kraepelin y su principal sucesor Ernst Rüdin (Caponi, 2012b; Grob, 1991b, 1991a; Martinhago y Caponi, 2019; Mitchell Wilson, 1993).

Como vimos en capítulos anteriores tras la II Guerra Mundial las aproximaciones interdisciplinarias de influencia psicoanalítica y meyeriana, que explicaban gran parte de la etiología de las «enfermedades o los trastornos mentales» recurriendo a modelos «psicosociales» o «biopsicosociales», dominaron la mirada. Estos modelos, ya lo vimos, desdibujaron la frontera entre lo normal y lo patológico, en el plano epistemológico se centraron en enfatizar el *nurture*, y conceptualizaron un gran abanico de «trastornos mentales», particularmente psicosis, neurosis y trastornos de personalidad, como «reacciones» más o menos estabilizadas al ambiente que implicaban la biografía y experiencia de vida de la persona asistida, arraigando fuertemente en las relaciones familiares y de crianza, núcleo privilegiado de indagación e intervención, pero también, en la medida en que exploraban las biografías, permitían discernir factores sociales y políticos más amplios (Caponi, 2012b; Martinhago y Caponi, 2019; Rahmani y Pacheco, 2015; Mitchell Wilson, 1993).

William Menninger (1899-1966) fue el primer psiquiatra de la armada estadounidense nombrado General de Brigada y desde su puesto como Cirujano General en el Ejército de los EEUU (1945), promovió una perspectiva «psicosocial» de raigambre psicoanalítica y meyeriana a partir de la dirección del comité que produjo la clasificación diagnóstica *Medical 203* (1946) (Grob, 1991b; Houts, 2000; Mitchell Wilson, 1993). *Medical 203*, la mayor revisión de la clasificación diagnóstica de trastornos mentales realizada hasta el momento, fue adoptada por la armada estadounidense e informó el desarrollo del DSM-I junto con las psicobiología de Mayer (Caponi, 2012b; Grob, 1991b; Houts, 2000; Mitchell Wilson, 1993). Ésta psiquiatría norteamericana de posguerra,

³⁸⁵ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

tomó por «objeto» privilegiado de indagación y conceptualización, las subjetividades rotas y atormentadas de quienes habían hecho cuerpo con las máquinas de destrucción masiva y encarnaron los efectos de violencia y destrucción que emanaron de las dos Guerras Mundiales precedentes (Grob, 1991b; Houts, 2000; Mitchell Wilson, 1993).

El DSM-I (1951) contuvo 106 categorías diagnósticas y estuvo articulado por un criterio etiológico que diferenciaba el «origen» de las distintas «enfermedades de la unión psicobiológica» (APA, 1952, p. 1) concepto claramente meyeriano, que basándose en el método clínico-patológico (Lamb, 2014) diferenciaba en función de la etiología orgánica o psicogénica, pero también estaba articulado por la oposición psicoanalítica entre psicosis y neurosis. Los trastornos mentales estaban divididos así, en tres grandes grupos: (a) los trastornos «causados por o asociados a una deficiencia del tejido cerebral» cuyo origen era «orgánico» y afectaban a funciones como la «orientación» o la «memoria»; (b) la «deficiencia mental» asociada a una «baja inteligencia existente desde el nacimiento que no es causada por una enfermedad cerebral orgánica o una causa prenatal conocida» y que puede ser de origen hereditario; y, (c) los trastornos de «origen psicogénico u origen sin una causa física o un cambio estructural claramente definidos en el cerebro», entre los que figuraban las familias de: «trastornos psicóticos»; «trastornos psicofisiológicos autonómicos y viscerales»; «trastornos psiconeuróticos»; «trastornos de la personalidad»; y «trastornos situacionales transitorios de la personalidad» (APA, 1952). La siguiente revisión, el DSM-II (1968), que tuvo la intención de confluir con el CIE-8 de la OMS, contuvo 182 categorías diagnósticas, y destacó por la desaparición del concepto de «reacción» de raigambre meyeriana, manteniendo sin embargo el concepto clave del psicoanálisis la «neurosis» (Martínez-Hernández, 2018; Martinhago y Caponi, 2019). Aunque no se distanció demasiado del DSM-I, despertó mucha insatisfacción, en parte, porque el intento de confluencia ahondó las diferencias con el CIE-8, que incluía 39 categorías diagnósticas menos, por lo que tan sólo un año después de su publicación se inició la revisión del mismo (Del Barrio, 2009). La séptima impresión del DSM-II, publicada en 1974, destacó por iniciar el proceso de despatologización de la homosexualidad en respuesta a las protestas del *Gay Liberation Movement*, dejando de codificarla ontológicamente como un trastorno mental, pero manteniendo la posibilidad de considerarla como tal si iba acompañada de sufrimiento (Edsall, 2003; McCommon, 2006; Peidro, 2021). Éste fue un primer signo, un movimiento de cesión, ante la profunda crisis de legitimidad científica en la que estaba sumida la psiquiatría de los años 70, que no hizo más que agudizarla, pues constataba lo arbitrario y normativo de las «enfermedades mentales».

No obstante, el verdadero cambio de paradigma, basado en el desprendimiento de la matriz psicodinámica y de la etiología como principio organizador, se produjo con la publicación del DSM-III en 1980, que reinstituyó la racionalidad taxonómica de raigambre biologicista, en respuesta a las múltiples, y variadas críticas que recibía la psiquiatría del momento, y habían redundado en su profunda crisis de legitimidad científica. Los modelos «psicogénicos» o «reactivos», dominantes en de los años 50 a 70 y asumidos por la *American Psychiatric Association*, que desdibujaban la distinción entre lo normal y lo patológico, e indagaban en las historias de vida facilitando la identificación de determinantes de carácter familiar, pero también social, en las causas de los trastornos mentales (Martínez-Hernández, 2018; Martinhago y Caponi, 2019), probablemente fueron condición de posibilidad de algunas de las duras críticas que estallaron en los 60 y 70 a la validez de la psiquiatría como «ciencia» y a la categoría de la «enfermedad mental» por parte de la antipsiquiatría y de las ciencias sociales y humanas (Mitchell Wilson, 1993).

Por un lado, contrastaban con el «modelo orgánico» en el que se apoyaba la «medicina» para asentar la categoría de «enfermedad» que remitía a una etiología biológica verificable (Mitchell Wilson, 1993). Un problema con el que también tuvieron que lidiar los primeros alienistas, y que en parte explica el giro taxonómico hacia el determinismo biológico de la herencia que inició Morel (Robert Castel, 1980) y en el que profundizó Kraepelin a través de su «método clínico» y estadístico, centrado en las manifestaciones «objetivas» o «signos» de las «enfermedades mentales» en tanto «entidades discretas» y pronosticables, dónde no tenían cabida las narraciones y biografías de las personas asistidas (Caponi y Martínez-Hernández, 2013; Lamb, 2014; Martínez-Hernández, 2018; Roelcke, 1997). Por el otro, y de manera más importante, los modelos psicogénicos entraron en contradicción directa con los brutales «tratamientos somáticos» que, en esa misma época se aplicaban genéricamente en las instituciones manicomiales, esto es, electrochoque, lobotomía, choque insulínico y drogas psicoactivas, principalmente neurolepticos. Éstos no sólo actuaban esencial, represiva e ineficazmente sobre el «individuo» —desatendiendo la dimensión política y social— sino que además actuaban sobre el *cuerpo biológico* y a modo de tortura: infligiendo dolor y daño psicofísico contra la voluntad de las personas «atendidas» y produciendo a menudo lesiones irreversibles.

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto el apuro, tanto económico y de financiación, como de legitimidad en el que se encontraba la contradictoria psiquiatría norteamericana a mediados de los años 70. Sumida en los procesos de desinstitucionalización y señalada por el auge de las críticas provenientes de la

antipsiquiatría, de las ciencias sociales y humanas, de los grupos de terapeutas radicales y de los nacientes movimientos de expacientes y expresas de la psiquiatría; pero también por las aseguradoras —que debían pagar las crecientes demandas de psicoterapia para «normales»— y por quienes querían reinstituir el determinismo biológico y acabar con el psicoanálisis en pro de una «psiquiatría científica» basada en la evidencia (Caponi, 2012; Chamberlin, 1977; Dain, 1989; Mayes y Horwitz, 2005; Wilson, 1993).

Las aproximaciones psicodinámicas basadas en la psicoterapia no se salvaban de la crítica. La crítica afectaba tanto a la psiquiatría institucional y a su desposesión del sujeto de derecho y a sus métodos brutales y somáticos, como a las psicoterapias de raigambre psicoanalítico para «normales» cuyos procesos de psicologización habían dado lugar a una demanda generalizada de psicoterapia. Por ejemplo, los psicoterapeutas eran acusados por las aseguradoras de la superpoblación de los manicomios y de crear demandas y servicios para personas que «sólo eran infelices y no estaban realmente enfermas» descuidando a quienes estaban más necesitados (Mayes y Horwitz, 2005, p. 254) y desde las alas más radicales de su propio campo de promover el ajuste a condiciones sociales opresivas en lugar de trabajar en pro de justicia social (Dain, 1989; Jerome, 1971; McLean, 2000). Ésta profunda crisis de legitimidad llevó en 1976 a Alan Stone (1929-2022), por entonces presidente de la *American Psychiatric Association*, a concluir que «conducir a los psiquiatras a la misión de cambiar el mundo, ha traído la profesión a la era de la extinción» (citado en, Wilson, 1993, p. 402).

La crisis fue salvada a partir de una reinterpretación del legado de Kraepelin, heredero del degeneracionismo de Morel y de Lombroso y padre —como ya vimos— de la psiquiatría Nazi.³⁸⁶ El «movimiento neo-kraepeliniano»³⁸⁷ que dio lugar al DSM-III, al igual que el neoliberal, amaneció a mediados de los 70 en Estados Unidos, saliendo de la marginalidad que caracterizó durante casi dos décadas sus desarrollos (Caponi, 2012b; Martínez-Hernández, 2018; Martinhago y Caponi, 2019; Mayes y Horwitz, 2005; Rahmani y Pacheco, 2015; Mitchell Wilson, 1993). La recepción de sus investigaciones, que partían de una perspectiva «*Freud's-free*» no habían encontrado hasta entonces acogida en Norteamérica por lo que «sus miembros publicaban con cierta frecuencia en el *British Journal of Psychiatry*, más abierto a la recepción de sus trabajos formales y estadísticos» (Rahmani y Pacheco, 2015, p. 3).

³⁸⁶ Ver Capítulo II.

³⁸⁷ Éste término lo acuñó el psiquiatra Gerald Klerman en un artículo de 1978 en el que constaba «el resurgir simbólico en la psiquiatría americana del espíritu de Kraepelin, haciendo ello más alusión a la oposición a las corrientes freudianas, hegemónicas entonces, que a la fiel adhesión a las ideas y métodos de Kraepelin» (Rahmani y Pacheco, 2015, p. 2)

En 1977, Gerard Klerman (1928-1992) proporcionó la solución contra la «extinción de la psiquiatría» que auguraba Alan Stone. Lo hizo sintetizando «las ideas de los neokraepelinianos en nueve ítems que configuraron algo así como el credo que los unifica» (Caponi, 2012b, párr. 12.77). Los ítems, respondían a las críticas recibidas y, muy especialmente, al influyente libro de Thomas Szasz, *The Myth of Mental Illness* (1961, El mito de la enfermedad mental), y al experimento de Rosenhan, *On being sane in insane places* (1973/1974: Sobre ser cuerdo en lugares dementes),³⁸⁸ afianzando la categoría de enfermedad mental, la validez científica de la psiquiatría y el determinismo biológico:

- 1) La psiquiatría es una *rama de la medicina*.
- 2) La psiquiatría debe utilizar *metodologías científicas* modernas y basarse en conocimientos científicos.
- 3) La psiquiatría trata a las personas que están enfermas y requieren tratamiento para su enfermedad mental.
- 4) Existe *una frontera o límite entre la normalidad y la enfermedad*.
- 5) Las *enfermedades mentales no son mitos*. Hay muchas enfermedades mentales. La tarea de la psiquiatría científica, como especialidad médica, es investigar las *causas, el diagnóstico y el tratamiento* de las enfermedades mentales.
- 6) El objetivo de la psiquiatría debería centrarse especialmente en los *aspectos biológicos* de las enfermedades mentales.
- 7) Debería haber una *preocupación explícita por el diagnóstico y la clasificación*.
- 8) Deberían codificarse los criterios diagnósticos y debería existir un área de investigación para *validar estos criterios* con diversas técnicas. Los departamentos de psiquiatría de las facultades de medicina deberían enseñar estos criterios, no desaprobarlos.
- 9) Para aumentar la validez de los diagnósticos y las clasificaciones, deberían utilizarse *técnicas estadísticas* (énfasis mío, citado en, Caponi, 2012b, párr. 12.78-12.86).

El ascenso, y la progresiva consolidación del neo-kraepelinianismo, se vio favorecido por esta crisis de legitimidad, pero también por el creciente interés en la aproximación genética a los trastornos mentales que había liderado Rüdín, y por el énfasis en el uso y generalización de las drogas psicoactivas tras la emergencia y consolidación de los primeros neurolépticos en las décadas precedentes, cuyo poder para controlar químicamente la subjetividad y comportamiento de los internos e internas estuvo fuertemente vinculado a la puesta en marcha de los procesos de desinstitucionalización (Caponi, 2012b, 2021; Nascimento, 2017; Vásquez Valencia, 2015).

El DSM-III fue publicado en 1980 con 265 categorías diagnósticas, que no han dejado de aumentar hasta nuestros días, y estuvo centrado, entre otros, en mejorar la fiabilidad

³⁸⁸ El experimento de Rosenhan fue tremendamente influyente. Demostró la invalidez de las categorías diagnósticas psiquiátricas y su imposibilidad para detectar a falsos pacientes (pseudopacientes), y visibilizó los procesos de deshumanización, pérdida de agencia, despersonalización, mortificación, así como los abusos verbales y físicos, y el tratamiento coercitivo a los que eran sometidas las personas etiquetadas como enfermas mentales y recluidas en los hospitales psiquiátricos (Rosenhan, 1974).

y validez de los diagnósticos psiquiátricos, establecer entidades discretas de enfermedades, estandarizar las prácticas diagnósticas, especialmente entre EEUU y el enfoque europeo que caracterizaba al CIE. Éste abrazó el enfoque neokrapeliniano ateorico y basado en la evidencia bajo la dirección de Robert Spitzer, cuyo equipo había publicado previamente el *Research Diagnostic Criteria* (Martinhago y Caponi, 2019; Mayes y Horwitz, 2005; Mitchell Wilson, 1993). La emergente perspectiva basada en la evidencia estaba sustentada por una jerarquía de evidencias, en cuya cúspide se situaba el método experimental, esto es, el ensayo de caso control aleatorizado (*gold standard*) empleado fundamentalmente para evaluar los efectos de los principios activos de los fármacos: «en este contexto, la práctica psiquiátrica se dirige a identificar síntomas, definir diagnósticos y probar la eficacia de la medicación» (Martinhago y Caponi, 2019, párr. 78).

El DSM-III, además de cortar por lo sano con el psicoanálisis sustituyendo las «neurosis» por «trastornos de ansiedad», declaró tener una posición «ateórica» y «objetiva» pretendidamente neutral, e insertó una lógica multifactorial que facilitó el vínculo con la epigenética y la estadística. Los trastornos mentales empezaron allí a ser definidos por grupos de signos y síntomas operativos y observables, con un curso predecible y una respuesta al tratamiento específica, de carácter descriptivo y no etiológico, por lo que se borró el vínculo del sufrimiento con las historias de vida y las condiciones políticas y sociales, y se reforzó la integración de la psiquiatría en la biomedicina, restituyendo así su legitimidad en tanto disciplina científica (Caponi, 2012b; Martínez-Hernández, 2018; Martinhago y Caponi, 2019)

El cambio radical que supuso el DSM-III y la aproximación neokrapeliniana, en lo fundamental —su determinismo biológico, pretendidamente descriptivo y neutral, su borrado de la experiencia de vida y de la dimensión social, sus categorías estancas, su foco en los tratamientos biomédicos— ha gobernado las reglas del juego psiquiátrico en adelante. Sus siguientes versiones que —con sus particularidades— tienen en común el hecho de no haber dejado de aumentar el número de trastornos mentales y de tender a relajar los criterios diagnósticos, han asentado las bases diagnósticas de referencia obligatoria para psiquiatras y otros médicos de todo el mundo.

La progresiva implantación global del neoliberalismo fue así acompañada, tras el lapso contestatario de los años 60 y 70, de un proceso de «desinstitucionalización» manicomial amparado por la consolidación y por la escalación global de la psiquiatría biologicista. Sus tácticas de implantación y expansión, incluyendo aquí la producción de los manuales diagnósticos, pero también la producción de artículos e investigaciones como estrategia de márketing para la venta de fármacos, la propaganda antiestigma, la

formación de profesionales, el asesoramiento gubernamental y el apadrinamiento o constitución de asociaciones de familiares y de personas afectadas de diagnósticos específicos (bipolares, esquizofrénicos, TDAH, etc.) estuvieron financiadas por una de las más poderosas y fructíferas industrias neoliberales: la farmacéutica (Gotzsche et al., 2015; Gøtzsche, 2013; Moncrieff, 2001, 2006; Ortiz Lobo y Ibañez Rojo, 2011; Whitaker y Cosgrove, 2015). Ambas corrientes, neoliberalismo y neokraepelinianismo, se engarzaron en un «matrimonio» para producir «enfermedades biológicas» y «sujetos de consumo crónico» hasta expirarles el último aliento en el desregulado «mercado de la salud»: dando a luz nuevas oleadas de acumulación de capital, nuevas oleadas de violencia, muerte y destrucción cuyos perfiles siguen siendo coloniales y patriarcales: sus producciones en torno a la locura y la anormalidad se ensañan con las clases más pobres y desposeídas, los cuerpos racializados y las mujeres.

La deficiencia, la discapacidad y la minusvalía «desde la experiencia de la salud»

En 1980 la OMS publicó la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDDM). Con pequeños pero significativos cambios, ésta estuvo vigente hasta que, en mayo del 2001, fue reemplazada por la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF; OMS, 2001). La CIDDDM, que tenía como subtítulo «manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad», correlacionó el campo de la salud/enfermedad —codificado en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* (CIE-9, 1978)— con el de la deficiencia/discapacidad. Su objetivo era el de complementar el «modelo médico de la enfermedad» que seguía el CIE, representado en la secuencia «etiología—> patología—> manifestación» con una clasificación que abordase las consecuencias de la enfermedad y que sirviese de base para la rehabilitación, cuya secuencia modelo era la de «enfermedad—> deficiencia—> discapacidad—> minusvalía» (OMS, 1995, pp. 33-34).

Fue precisamente porque partió de la búsqueda de la correlación positiva entre la enfermedad y la cadena «deficiencia—> discapacidad—> minusvalía», por la cual dio lugar a una prolífica expansión del campo de deficiencia/discapacidad que, a juzgar por la síntesis posterior que aparece en todas las normativas de derechos humanos y discapacidad, resultó inabarcable.³⁸⁹La CIDDDM contenía «tres clasificaciones distintas

³⁸⁹ Las siguientes normativas de derechos humanos y discapacidad, como veremos remitirán a tres subespecies, la deficiencia/discapacidad *mental*, *física* y *sensorial*.

e independientes, cada una de ellas relacionada con un plano diferente de la experiencia a que da lugar la enfermedad», que pivotaban sobre la distinción entre los tres conceptos interrelacionados y pretendidamente neutrales que componían su secuencia: la «deficiencia» (*impairment*), la «discapacidad» (*disability*) y la «minusvalía» (*handicap*) (OMS, 1995, p. 35).³⁹⁰

Las *deficiencias* fueron capturadas como «trastornos a nivel de órgano», que requerían tan sólo un juicio médico sobre su presencia o ausencia, y definidas en su aplicación pragmática como «anormalidades de la *estructura* corporal y de la *apariencia* y a la *función* de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa» (OMS, 1995, p. 35). Para codificar las causas había que «recurrir al CIE», pues las deficiencias hacían referencia tan sólo a las consecuencias de las enfermedades (OMS, 1995, p. 66).

La *deficiencia* también quedó definida en relación a «la experiencia de la salud» como «toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica» (OMS, 1995, p. 54). Las «limitaciones funcionales» que en los borradores previos «formaban parte de la discapacidad», acabaron finalmente «asociadas a la deficiencia» (OMS, 1995, p. 55). La deficiencia representaba «la desviación de alguna norma» en el «estado biomédico del individuo», por lo que tomaba como modelo el cuerpo-máquina o cuerpo-mecánico —que es un cuerpo-normativo— con sus estructuras, funciones y apariencias, segmentadas por órganos, sistemas y otros mecanismos u «elementos constitutivos» claramente definidos por la experticia de las ciencias de la salud hegemónicas, de carácter interdisciplinar (OMS, 1995, p. 55).

Los *defectos* con respecto a este cuerpo normativo y funcional de lo humano podían responder a «situaciones innatas como adquiridas» y ser «temporales o permanentes» incluyendo «la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida en una extremidad, órgano, tejido u otra estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo, incluyendo los sistemas de la *función mental*» (énfasis mío, OMS, 1995, pp. 55–77). Parece evidente que la inclusión de la *funcionalidad* dentro del campo de la deficiencia respondía a la necesidad de incorporar la dimensión mental y comportamental del dualismo cartesiano, esto es, los «trastornos o enfermedades mentales» taxonomizados en el CIE-9, independientemente de que se pudiera evidenciar o no, una falla a nivel de órgano, estructura o metabolismo subyacente.

³⁹⁰ Citaré la versión en español reimpressa en 1995, la cual es una traducción de la original, que señala las modificaciones introducidas en la reimpresión inglesa del 1993 en su anexo 1. Valga decir que estas no afectaron a las definiciones ni al marco conceptual, sino a algunos de los códigos.

La CIDDM estableció 9 tipologías generales de *deficiencias*, divididas en 99 subtipos, a su vez subdivididas en subcódigos más específicos, que no dejaban prácticamente a nadie libre de ser portador de una deficiencia. Las tipologías más generales recogían las deficiencias: 1) intelectuales; 2) psicológicas —en las que nos detendremos en adelante—; 3) del lenguaje; 4) del órgano de la audición; 5) del órgano de la visión; 6) viscerales; 7) de los músculos esqueléticos; 8) desfiguradoras, y finalmente; 9) generalizadas, sensitivas y otras.

Las deficiencias psicológicas referían «la interferencia con las funciones básicas constitutivas de la vida mental», que fueron estructuradas en base a una miríada de «mecanismos neurofisiológicos y psicológicos básicos» supuestamente subyacentes: a) la consciencia y la vigilia (códigos, 20-22); b) la percepción y la atención (Códigos 23-24); c) las funciones emotiva y volitiva (códigos, 25-28); y d) las pautas de conducta, cuyas deficiencias «por lo general se manifiestan como rasgos acusados de la personalidad» (códigos 29) (OMS, 1995, pp. 89-98).

La incorporación de la funcionalidad en el campo de la deficiencia, permitió reformular los síntomas psiquiátricos establecidos, en deficiencias; como la «ansiedad grave [...] una deficiencia de mecanismos de control autonómico de respuesta», las «alucinaciones [que] se derivan presumiblemente de una deficiencia de mecanismos diferenciadores entre el yo y el no-yo» o «los delirios [que] indican deficiencia de mecanismos análogos relativos a la comprobación de la realidad» (OMS, 1995, p. 89); pero también, la «deficiencia de la función heterosexual» (código 25.2) que redundaba en la «discapacidad del rol marital» (código 17. 1). No faltó tampoco la inclusión dentro del cajón de sastre «otras deficiencias» del «embarazo [...] porque va asociado con ciertas limitaciones funcionales», o más bien porque el cuerpo-máquina era un modelo de lo humano andro(occidental)océntrico (OMS, 1995, p. 159, código 99.0).

Las *discapacidades*, que constituían el «eslabón» entre las deficiencias y las minusvalías, fueron definidas como «trastornos al nivel de la persona» que reflejaban «las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo», y su clasificación contenía una graduación del grado de discapacidad en la medida en que pretendía captar los «fallos en la ejecución» de una *actividad* normativizada de lo humano (OMS, 1995, p. 38). El modelo de la discapacidad era estrictamente funcional y normativo, pero abarcaba un campo más holístico que el de la deficiencia, implicando a la persona en su totalidad en la ejecución de una actividad. Desde «la experiencia de la salud» la discapacidad fue definida como «toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una

actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano» (OMS, 1995, p. 56).

La deficiencia se refiere a las funciones propias de cada parte del cuerpo; por ello tiende a ser una noción algo idealista, que refleja una posibilidad en términos absolutos. La discapacidad, por el contrario, se refiere a actividades complejas o integradas que se esperan de la persona o del cuerpo en conjunto, como pueden ser las representadas por tareas, aptitudes y conductas. La discapacidad representa una desviación de la norma desde el punto de vista de la actuación como individuo, a diferencia de la del órgano o mecanismo. Lo característico de este concepto son los excesos o defectos en relación con la conducta o actividad que, normalmente, se espera y que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos (OMS, 1995, p. 56).

La CIDDDM estableció 9 categorías generales de discapacidades; 1) de la *conducta* (códigos 10-16), subdivididas en las subcategorías de *conciencia* y de *relaciones y roles familiares y ocupacionales*; ³⁹¹ 2) de la *comunicación* (códigos 20-29), hablar, escuchar, ver, escribir y otras; 3) del *cuidado personal* (códigos 30-39), excreción, higiene personal, arreglarse, alimentarse, y otras; 4) de la locomoción (códigos 40-45) ambulación, que impiden salir y locomoción; 5) de la *disposición del cuerpo* (códigos 50-59), incluyendo las categorías de discapacidad para la «provisión de la subsistencia» y para el desarrollo de toda suerte de tareas domésticas, patrimonio de las mujeres (como el lavado de la ropa delicada a mano, código 51.1), de toda suerte de movimientos del cuerpo, y de su disposición; 6) de la *destreza* (códigos 60-69), incluyendo vida cotidiana, actividad manual, y destreza; 7) de *situación* (códigos 70-71) incluyendo las situaciones de dependencia y resistencia, la tolerancia a estímulos ambientales — incluida la «discapacidad relativa a la tolerancia al estrés en el trabajo» (código 76)— y otras; 8) discapacidades de una *determinada aptitud*,³⁹² y ; 9) otras restricciones de la

³⁹¹ Las «discapacidades del rol familiar», incluían, además del mandato de heterosexualidad obligatoria, por ejemplo, la «perturbación en la capacidad para desarrollar actividades comunes habituales tales como comer juntos, realizar tareas domésticas, salir juntos de visita, participar en juegos y ver la televisión, y conducirse durante estas actividades, así como en la toma de decisiones sobre asuntos del hogar, como pueden ser las decisiones relativas a los hijos y al dinero» (código 17.0. Discapacidad en la participación en actividades del hogar) (OMS, 1995, p. 175). Las del «rol ocupacional» iban más allá del trabajo, como las discapacidades «en la motivación» (código 18.0), o «en la cooperación» (código 18.1), o la «discapacidad del comportamiento en situaciones críticas» que incluía «respuestas insatisfactorias o inadecuadas a incidentes (así, enfermedad, accidente u otros incidentes que afectan a un miembro de la familia o a otras personas), emergencias (como el fuego) y otras experiencias que normalmente requieren una rápida decisión y acción» (código 18.6) (OMS, 1995, p. 176).

³⁹² La categoría de la *aptitud* fue pensada para la «reinserción profesional [que] requiere la evaluación de múltiples aspectos del nivel de capacidad y realización del sujeto», como: a) «Capacidades de la conducta como la inteligencia, el instinto, la motivación (incluida la actitud hacia la rehabilitación), la percepción, la conciencia (incluida la capacidad para ver posibilidades y limitaciones), la capacidad para aprender (incluida la apertura a nuevas ideas y el potencial de aprendizaje), la orientación para la forma y el espacio, la concentración (incluida la capacidad y la intensidad para mantenerla), la memoria (para palabras, figuras y formas, y a largo plazo) y el pensamiento (abstracto y lógico), así

actividad. Estas dos últimas categorías estaban expresadas tan sólo de modo genérico y descriptivo, sin taxonomizar.

Las minusvalías fueron definidas como «las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades»; y pretendían reflejar la dinámica de «interacción y adaptación *del individuo* al entorno» (énfasis mío, OMS, 1995, p. 39). Desde la perspectiva de «la experiencia de la salud», la minusvalía, hacía referencia a la *desventaja* asociada a una deficiencia o discapacidad «que limita o impide el desempeño de un rol que es normal [...] en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales» (OMS, 1995, p. 57). La minusvalía también buscó captar el *valor negativo de vida*, que es asignado a un individuo que se desvía de la norma, en términos estructurales, funcionales o de actuación «por parte del propio individuo o de sus semejantes en el grupo con que se relaciona», por lo que era relativa y debía variar en función «de las normas culturales» (OMS, 1995, p. 57). La responsabilidad de la adaptación recaía, claro está en el individuo:

La minusvalía se caracteriza por una discordancia entre la actuación o status del individuo y las expectativas del grupo concreto al que pertenece. La desventaja se acrecienta como resultado de su imposibilidad de adaptarse a las normas de su mundo. La minusvalía es por ello un fenómeno social, que representa las consecuencias sociales y ambientales que se derivan para el individuo por el hecho de tener deficiencias y discapacidades. La esencia de una valoración negativa por parte de la comunidad es la discriminación, pero, sin embargo, el concepto es esencialmente neutro por lo que se refiere a sus orígenes. De modo que la intención del propio individuo no tiene una repercusión inmediata; la desventaja puede presentarse cuando el individuo se desvía a pesar de sus propios deseos, pero puede aparecer también cuando la desviación pasa inadvertida o es producto de su propia decisión (OMS, 1995, p. 58).

Para salvar el problema del relativismo cultural, la estructura de la clasificación de minusvalías era «radicalmente distinta» a la del CIE, no era «exhaustiva» y se refería a «los roles sociales básicos» (OMS, 1995, p. 39). Estos fueron definidos como los «roles de supervivencia [...] que tienen la ventaja de que en gran medida son transculturales» (OMS, 1995, p. 71), y que constituyeron las «seis dimensiones clave de la experiencia con las que se espera demostrar la competencia del individuo» (OMS, 1995, p. 222).

La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo en concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de una

como la reacción a la crítica, la capacidad para cooperar y otros aspectos de las relaciones sociales»; y b) «Capacidades para realización de tareas, tales como la capacidad para planificar tareas, resolución de problemas (flexibilidad e ingenio), adaptabilidad, independencia en la realización, motivación e interés por la tarea, capacidad para controlar el trabajo propio y compararlo con el de otros, coordinación sensoriomotriz, destreza (fina y gruesa), precisión, limpieza, puntualidad, conducta a prueba de riesgo» etc. (OMS, 1995, p. 205)

deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja las consecuencias — culturales, sociales, económicas y ambientales— que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad. La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas o normas del universo del individuo. Así pues, la minusvalía sobreviene cuando se produce un entorpecimiento en la capacidad de mantener lo que podría designarse como “roles de supervivencia” (OMS, 1995, p. 221).

Así, aunque conceptualmente la minusvalía decía tener en cuenta las «circunstancias que colocarán a dichos individuos en una situación de desventaja en relación con sus semejantes cuando se tienen en cuenta las normas de la sociedad» (OMS, 1995, p. 39) en la práctica lo que hizo fue centrarse en medir (in)capacidades del individuo, mediante 6 escalas generales de *minusvalías* y un último apartado abierto a «otras minusvalías». Las escalas que medían las minusvalías en relación a los «roles de supervivencia» incluían las dimensiones 1) de *orientación*; 2) de la *independencia física*; 3) de la *movilidad*; 4) *ocupacional*; 5) de *integración social*; 6) de *autosuficiencia económica*, una perfecta reconversión de la riqueza-pobreza en algo intrínsecamente derivado de una deficiencia o una discapacidad. Para que nos hagamos una idea, la escala relativa a minusvalía ocupacional medía la «capacidad [...] del individuo para emplear adecuadamente el tiempo durante la jornada laboral» (OMS, 1995, p. 237) o la relativa a la minusvalía de integración social la «capacidad del individuo para participar y mantener las relaciones sociales usuales» (OMS, 1995, p. 243).

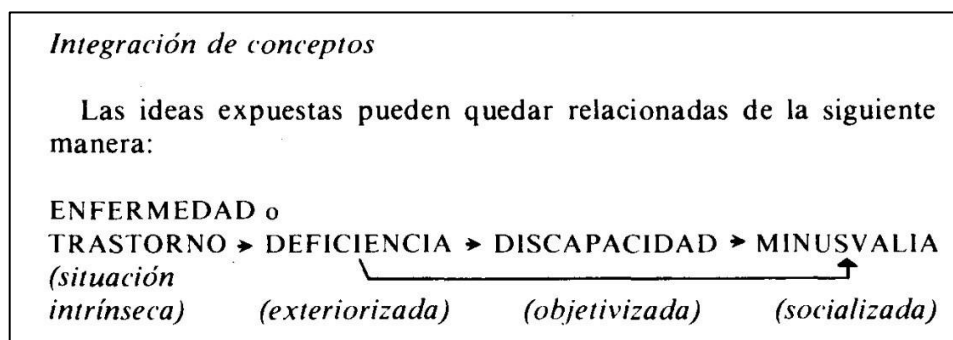


Ilustración 20. Integración de conceptos de la CIDDM de la OMS (1980-2001)

La gran ventaja que encontraron a «presentar los conceptos de esta manera» que sugieren una progresión lineal —y causal— entre enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía, es que así se sugiere que «la intervención en un elemento» tiene «la posibilidad de modificar los elementos siguientes» (OMS, 1995, p. 58).

La «independencia» de estos tres conceptos, cuya representación gráfica sugería una progresión lineal (ver) radicaba en que, en casos excepcionales algunos de los componentes de la secuencia podían expresarse sin el resto, comprendiendo tres casos: a) deficiencia que no conduce a la discapacidad ni a la minusvalía; b) minusvalía

derivada de una deficiencia sin discapacidad, y c) minusvalía que responde a una deficiencia y discapacidad que actuó temporalmente en el pasado. Por ejemplo, la minusvalía podía ser consecuencia de una deficiencia sin discapacidad como es el caso de la «desfiguración» del rostro sin afectación funcional, que «puede dar lugar a problemas en relación con las normas habituales en el trato social» y especialmente para la mujer limitar uno de sus roles de supervivencia las «posibilidades de contraer matrimonio» (OMS, 1995, pp. 58; 224). Del mismo modo, una deficiencia, podía no conllevar ni discapacidad ni minusvalía, como era el caso leve de «un niño al que al nacer le falte la uña de un dedo» (OMS, 1995, p. 60). Pero también, un caso común de la «subnormalidad intelectual» (OMS, 1995, p. 60), que como ya descubrieron a inicios de los años 20, cuando despegaba el campo de la rehabilitación sobre el «defecto mental», es un constructo relativo a las exigencias del medio: «Él es débil mental en París y normal en su hogar!» (Davies, 1923, p. 21). O lo que es lo mismo:

La subnormalidad intelectual es una deficiencia, pero en algunos casos quizá no llegue a producir una restricción considerable de la actividad [...] pues el inconveniente a que nos referimos puede ser insignificante si el sujeto vive en una comunidad rural apartada, mientras que sería muy importante si se tratase del hijo de un matrimonio universitario que vive en una gran ciudad y del que se podría esperar más (OMS, 1995, p. 60).

El «ejemplo más gráfico» de alguien que tiene una minusvalía como consecuencia de una deficiencia/discapacidad ya pasada es:

el del individuo que se ha recuperado después de un episodio psicótico agudo, pero que tiene el estigma de ser un “enfermo mental”; es fácil observar que esta minusvalía encaja dentro de los términos de la definición, porque es consecuencia de la deficiencia y la discapacidad, pero en el momento en que se produce la minusvalía no existe ni la deficiencia ni la discapacidad (OMS, 1995, p. 61).

En consecuencia, no existía el caso de minusvalía sin deficiencia, por lo que toda forma de rechazo social, discriminación y devaluación estructural de una vida, quedó conceptualmente legitimada en virtud de una *deficiencia* del individuo, presente o pasada, con respecto al tipo normativo y generizado de lo humano.

De la emergencia de la lucha internacional de personas discapacitadas

El año 1981 fue la primera ventana de oportunidad para hablar al mundo desde la posición de la «discapacidad/deficiencia» y con suerte tener incidencia política en las medidas que los Estados miembro de las Naciones Unidas iban a implementar, particularmente guiados por el Programa de Acción Mundial para los Impedidos (*disabled persons*) (PAMI) que estaba elaborando el Comité Asesor para el AII, establecido el 16 de diciembre de 1979 por la Asamblea General (Stein y Lord, 2023a). El despliegue de NU sobre la discapacidad/deficiencia, iniciado en los años 70, había desembocado en una llamada de la máxima institución intergubernamental dirigida a «las organizaciones de impedidos [*disabled persons*]» para dialogar «respecto de todos los asuntos que se relacionen con [sus] derechos humanos» (DDI, párr. 12).

No obstante, esta interpelación estaba delimitada no sólo por el *nombre* al que se debía responder, esto es, la categoría médico-administrativa de la deficiencia/discapacidad, sino de un modo más particular y flagrante por el abismo que separaba su binarismo entre lo *físico* y lo *mental*, que demarcó qué movimientos sociales respondieron a la llamada identificándose como los sujetos de la deficiencia/discapacidad. No era lo mismo —no es lo mismo— como vimos en la constitución del estado de excepción interno a la DDRM y a la DDI, específico para la deficiencia/discapacidad mental, ser considerado —o identificarse— como un sujeto deficiente, defectuoso o incompleto en el Olimpo de la Mente —sede del alma, del espíritu, de la razón, de la voluntad y la inteligencia— a ser considerado —o identificarse— como sujeto deficiente en la Máquina del Cuerpo, marioneta mecánica que ésta debía regir.

De los movimientos sociales que resignificaron la discapacidad: Vida Independiente, Derechos Civiles y Modelo Social

Para finales de 1976, cuando se supo que 1981 iba a ser el AII, ya habían nacido —de forma independiente— los dos movimientos sociales más influyentes de personas que construyeron su identidad y lucha política en torno a la *apropiación y resignificación* de las categorías de deficiencia/discapacidad.³⁹³ Ambos emergieron desde la

³⁹³ Esta es una precisión importante pues abordaré la emergencia del *movimiento genérico de la discapacidad*, y no de las organizaciones, culturas y movimientos sociales previos que partieron de una identidad política específica —luego aglutinada en la macro-categoría administrativa de gobierno

especificidad de la experiencia opresiva de segregación, medicalización y restricción de la movilidad vinculada a la discapacidad/deficiencia *física*, y desde el espacio angloparlante: por un lado el Movimiento de Vida Independiente estadounidense, asociado a una tradición de defensa de los Derechos Civiles, y por otro el Movimiento británico, que partía de un posicionamiento marxista y una conceptualización de la discapacidad como opresión, bajo el liderazgo de la *Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS: Unión de Deficientes Físicos contra la Segregación). Este apartado lo dedicaremos a situar sus núcleos de emergencia histórica.

El movimiento norteamericano de la discapacidad tuvo dos puntos de emergencia que confluyeron rápidamente. La vertiente de la Vida Independiente nació del proceso que se inició en 1962, fecha en que Edward Verne Roberts (1939-1995, en adelante Ed Roberts), un joven con tetraplejia y afectación respiratoria derivada de la polio, fue uno de los primeros usuarios de silla de ruedas eléctrica admitido en la Universidad de Berkeley, y fue alojado en la enfermería del Hospital Cowell, situado en el campus universitario. Esta suerte de residencia medicalizada improvisada se formalizó con la incorporación de otras personas usuarias de sillas de ruedas eléctricas, en un programa financiado por el *California Department of Rehabilitation* (CDR: Departamento de Rehabilitación de California), que dependía de la administración federal, y que ensayaba la *inserción laboral* de personas tetrapléjicas, hasta entonces ampliamente consideradas como «inempleables» en términos de fuerza de trabajo por los expertos de la rehabilitación (Danforth, 2018).

En 1969, la decisión de expulsar a algunos de los estudiantes beneficiarios del programa tomada por la psicóloga consejera del CDR, alegando bajo rendimiento académico, desembocó en la constitución de un frente de lucha entre los residentes del Hospital Cowell autodenominado *Rolling Quads* (Cuádriceps Rodantes). Éstos consiguieron que se destituyera a la psicóloga, y fueron los que en 1972 fundaron —con fondos económicos federales— el *Berkeley Center for Independent Living*, con el objetivo de ofrecer asesoramiento y asistencia para la vida independiente en la comunidad, en materia de vivienda adaptada, empleo, sanidad, asistencia personal, defensa jurídica, transporte, equipos y ayudas técnicas, etc., con Ed Roberts como director; esto es, el primer Centro de Vida Independiente autogestionado por personas discapacitadas, particularmente por una coalición de personas ciegas y con discapacidad

de «deficiencia/discapacidad»—, como es el caso de las luchas, organizaciones y movimientos específicos de personas ciegas, por un lado, y de personas sordas por el otro. Aunque absolutamente relevantes e interesantes, el análisis de todas las luchas que la deficiencia/discapacidad hizo converger bajo una misma categoría administrativa de gobierno va más allá de las posibilidades de esta tesis.

física (Danforth, 2018; DeJong, 1979b; García Alonso et al., 2003; McDonald y Oxford, 1995; Scotch, 1989; Zukas, 1975).

Al liderazgo de éste primer Centro de Vida Independiente se sumó en 1973 Judith Heumann (1947-2023), también usuaria de silla de ruedas afectada de la polio. Heumann era la líder de la otra vertiente del movimiento estadounidense, aglutinada en torno a *Disabled in Action* (DIA: Discapacitados en Acción) una organización Neoyorkina en lucha por los derechos civiles de las personas discapacitadas que fue constituida en 1970, tras haber ganado Heumann una batalla jurídica contra la decisión de denegarle la licencia de maestra alegando que no podría salir del edificio ni acompañar al alumnado en caso de incendio, y ser aceptada como la primera maestra de Nueva York usuaria de silla de ruedas (Danforth, 2018; García Alonso et al., 2003; Heumann y Joiner, 2020; McDonald y Oxford, 1995; Scotch, 1989).

Para 1973 el movimiento estadounidense de personas discapacitadas ya había saltado a las calles y cosechado un primer triunfo jurídico: el reconocimiento de la discapacidad como forma de discriminación con la aprobación de la *Rehabilitation Act* del 1973, contra los dos vetos sucesivos del Presidente Richard Nixon (Heumann y Joiner, 2020; Scotch, 1989). Lo relevante de esta ley federal, que estaba centrada en promover la empleabilidad de las personas discapacitadas, incluidas las «gravemente discapacitadas» y que no había sido elaborada por las personas discapacitadas sino por congresistas y expertos del mundo de la rehabilitación, es que su texto prohibía la discriminación basada en la discapacidad por parte de organismos federales, contratistas federales o programas que recibieran fondos federales. Particularmente, su Sección 504, establecía que «Ningún individuo discapacitado cualificado en los Estados Unidos, tal y como se define en la sección 7 (6), podrá, únicamente por razón de su discapacidad, ser excluido de la participación en, negársele los beneficios de, o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba ayuda financiera federal».³⁹⁴

Además creaba el *Architectural and Transportation Barriers Compliance Board* (Consejo de Cumplimiento de Barreras Arquitectónicas y de Transporte) para hacer cumplir las normas de accesibilidad que habían sido establecidas en el *Architectural Barriers Act* del 1968, también elaborada desde el mundo de la rehabilitación (Ley de barreras arquitectónicas). El reconocimiento de la discapacidad como motivo de discriminación fue tan importante que en 1974 se constituyó la *American Coalition of*

³⁹⁴ *Rehabilitation Act of 1973, Enacted by the Senate and House of Representatives of the United States, September 26, 1973. (1973). Title V, Sections 501-504.*

Citizens with Disabilities, como mecanismo para hacer un seguimiento de la Sección 504, la primera organización nacional autogestionada por personas discapacitadas en los EEUU (Heumann y Joiner, 2020; Scotch, 1989). La aprobación de la normativa que debía regular la sección 504 de la ley no dejó de postergarse y para presionarla en abril de 1977, cuando los *Centers for Independent Living* se multiplicaban por el territorio estadounidense, especialmente en California, pero también en Houston, Boston, New York y Chicago, catalizó una manifestación histórica por parte de las personas discapacitadas que fue ampliamente seguida por los medios y las llevó al primer plano de arena política. La manifestación, conocida como *504 Sit-in* (la Sentada 504), involucró, entre otras movilizaciones, la ocupación del edificio federal de San Francisco durante 26 días, lo cual resultó clave para la promulgación de la postergada normativa relativa a la regulación de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación del 1973 (Cone, 2013; Heumann y Joiner, 2020; Scotch, 1989).³⁹⁵

Del otro lado del atlántico, el movimiento británico de la discapacidad nació en torno a una conceptualización de la discapacidad como opresión social realizada por la *Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS: Unión de Deficientes Físicos contra la Segregación), una organización de tendencias marxistas inspirada en los sindicatos obreros, que fue fundada en 1972 por personas usuarias de sillas de ruedas que se autodefinían como «deficientes físicas». Su conceptualización crítica de la discapacidad nació del encuentro que el 22 de noviembre de 1975, los líderes de UPIAS tuvieron con la *Disability Alliance Union* (DAU). Ésta congregación liderada por el saber médico nació en 1974 con el objetivo de presionar al gobierno para establecer un juez-médico capaz de otorgar o denegar ingresos estatales basándose en una evaluación de la deficiencia/discapacidad – física, mental o sensorial– puesto que: «hay individuos que hacen esfuerzos Hercúleos por encubrir su incapacidad, y otros individuos [...] que [la] exageran» (UPIAS y DAU, 1976, p. 18).

Fue en el contexto de debate y enfrentamiento entre DAU y UPIAS, que emergió el documento constituyente del movimiento británico de la discapacidad, los *Fundamental Principles of Disability* (FPD: Principios Fundamentales de la Discapacidad), desarrollados por UPIAS, y más particularmente por Vic Finkelstein (1983-2011) (Finkelstein, 1976, 2007), cofundador de UPIAS junto con Paul Hunt (1937-1979).³⁹⁶ Lo

³⁹⁵ Véanse sobre todo las memorias de Judith Heumann, la líder femenina del movimiento de la discapacidad física en EEUU (Heumann y Joiner, 2020) y el documental *The Power of 504*, que retrata la histórica manifestación de las personas discapacitadas estadounidenses en abril del 1977 (*504 Sit-in*).

³⁹⁶ Hunt ya había publicado un libro en 1966 titulado *Stigma: The Experience of Disability*. Véase *Collected Works of Paul Hunt* (2022) editado por Luke Beesley.

radical de los FPD fue que además de reivindicar el saber nacido de la experiencia, el control de la propia vida, y la participación plena en la sociedad como también hizo el movimiento norteamericano, conceptualizaron la discapacidad como una forma de opresión social. Estos principios —con leves pero significativas modificaciones— establecieron los fundamentos del Modelo Social de la Discapacidad (MSD), basado en la distinción entre el binarismo *deficiencia/discapacidad*, que luego incorporó la noción de barreras (Abberley, 1987; Finkelstein, 1976, 2007; Oliver, 1990, 1996; UPIAS y DAU, 1976). Una distinción ampliamente extendida a día de hoy a nivel global y a todo tipo de «discapacidades» a la que volveremos cuando abordemos el proceso constituyente de la CDPD (2006), que la consagró.

UPIAS definió la «deficiencia» (*impairment*) cómo «la *falta* de una extremidad o parte de ella o un *defecto* de una *extremidad, órgano o mecanismo* del cuerpo» —revelando una concepción mecánica, naturalizada y normativa del cuerpo— y la «discapacidad» (*disability*) como «una forma de *desventaja* que se impone por encima de la deficiencia propia, es decir, la desventaja o *restricción de la actividad* causada por una *organización social* contemporánea que tiene poco o nada en cuenta a las personas con *deficiencias físicas*» (énfasis mío, UPIAS y DAU, 1976, p. 14). En base a lo anterior estableció que:

En nuestra opinión, *es la sociedad la que discapacita a las personas con deficiencia física*. La discapacidad es algo que se impone por encima de nuestras deficiencias por la forma en que estamos *innecesariamente aisladas y excluidas de la participación plena en la sociedad*. Por tanto, las personas discapacitadas *son un grupo oprimido en la sociedad*. De este análisis se desprende que *tener bajos ingresos*, por ejemplo, es solo un aspecto de nuestra opresión. *Es una consecuencia de nuestro aislamiento y segregación*, en todos los ámbitos de la vida, como la educación, el trabajo, la movilidad, la vivienda, etc. *La pobreza es un síntoma de nuestra opresión, pero no la causa*. [...] Claramente no llegaremos a ninguna parte si nuestros esfuerzos se dirigen principalmente no a la causa de nuestra opresión, sino a uno de los síntomas (énfasis mío, UPIAS y DAU, 1976, p. 14).

La eventual eliminación de *todas* las restricciones a la actividad y a la participación social —posteriormente, como veremos, nombradas como «barreras»— que la sociedad impone a las personas con deficiencias (físicas) emerge, en el espacio seminal y constituyente de lo que luego será conocido como el MSD —a partir de las conceptualizaciones de UPIAS—, como la utopía movilizadora capaz de erradicar la discapacidad misma y su consecuente pobreza, ambos efectos políticamente inducidos y causalmente vinculados. Para ello, era preciso, contra el esquema caritativo y médico de la DAU:

atraer [*to draw*] a la masa de personas discapacitadas (de cualquier edad o tipo de deficiencia física) al gran movimiento para aumentar la conciencia de nuestra identidad

social. Un movimiento genérico de masas de personas discapacitadas, y nuestra creciente integración en el trabajo normal y en otras situaciones sociales, mejorará radicalmente nuestro estatus social como grupo. Los expertos que mendigan caridad estatal en nuestro nombre no pueden hacer otra cosa que rebajar nuestro estatus, al reforzar actitudes anticuadas. No existen opciones fáciles como las que intenta vendernos la Alianza. La lucha por el derecho al empleo y a la plena participación social, es decir, por eliminar la discapacidad y su aspecto de pobreza, requiere necesariamente nuestra participación activa (UPIAS 1976, 16).

De la Organización Mundial de Personas Discapacitadas en lucha y el Programa de Acción Mundial para los Impedidos

Ambas corrientes, la norteamericana y la británica, aprovecharon la llamada del AII para coordinarse y fundar una organización internacional representativa, no sólo de la experiencia de la deficiencia/discapacidad *física*, sino de todo el amplio abanico de condiciones y formas de ser y estar en el mundo que aglutinaba la categoría administrativa de gobierno de la deficiencia/discapacidad, incluidas como veremos —de modo especialmente problemático— las condiciones y formas de ser y estar en el mundo comprendidas bajo la atribución de la discapacidad/deficiencia mental. El encuentro entre los líderes de ambos movimientos se produjo en el *Rehabilitation International Congress* de Winnipeg, Canadá (junio del 1980) (Albrecht et al., 2001; Barnes y Mercer, 2005; Davis, 1998; Driedger, 1989; Hurst, 2005; Oliver, 1990, 1996).

Este Congreso, como mostró Diane Driedger (1989) estuvo marcado por dinámicas de exclusión de la participación de las personas usuarias de sillas de ruedas —dada la inaccesibilidad de las instalaciones— y por la derrota de las personas discapacitadas en una votación, para que la organización *Rehabilitation International*, estableciera un nivel mínimo de afiliación y control por parte de personas discapacitadas, en lugar de ceder el poder a profesionales no discapacitados. En respuesta a lo anterior, las aproximadamente 250 personas discapacitadas allí reunidas, en minoría respecto al saber médico experto, decidieron crear una organización propia de carácter mundial a la que inicialmente llamaron *World Coalition of Citizens with Disabilities*. Para ello establecieron un Comité Directivo, encargado de elaborar los documentos constituyentes, e inicialmente compuesto por once miembros de distintas regiones del mundo, que trabajó bajo la presidencia de Henry Enns (1943-2002), activista canadiense de origen ucraniano y usuario de silla de ruedas, que logró asistir a las reuniones del Comité Asesor de NU que tuvieron lugar en Viena ese mismo verano con motivo del AII —del 20 al 29 de agosto— y conseguir fondos de ésta y del *Department of Rehabilitation* in California para financiar los encuentros del Comité Directivo (Driedger, 1989).

El proceso, que estuvo imbricado con la elaboración del PAMI, desembocó en el Congreso Mundial constituyente de la *Disabled Peoples' International* (DPI: Organización Mundial de Personas con Discapacidad) a finales de 1981 en Singapur, justo antes de que acabara el AII, con 400 delegados de las distintas regiones del mundo, sede en Canadá y bajo la presidencia de Ron Chandran-Dudley (1934 -2015) activista ciego de Singapur y la Vicepresidencia de Enns (Albrecht et al., 2001; Barnes y Mercer, 2005; Davis, 1998; Driedger, 1989; Hurst, 2005; Oliver, 1990, 1996).³⁹⁷

El cometido del derecho «a la participación plena e igualitaria», que estableció como meta el AII estuvo presente en todos los documentos fundacionales de DPI; Constitución, Manifiesto y Plan de Acción (DPI, 1984; Hurst, 2005). El análisis detallado de éstos revela una amplia convergencia entre el *deseo* y las demandas políticas que movilizaron la constitución de DPI y los objetivos, programas y normativas de NU relativos a la categoría de la discapacidad que habían nacido del mundo de la rehabilitación y del «principio de normalización». Ambas corrientes coincidieron en los locus de la *inclusión*, la *integración* y el *acceso a una vida social normal* para las personas discapacitadas, lo cual comprendía la constitución de éstas en fuerza de trabajo —objetivo supremo de la rehabilitación— o, lo que es lo mismo, la realización de su «derecho al trabajo», además de su participación efectiva en todas las áreas de la sociedad.

La diferencia fundamental, es que las personas organizadas en torno a la categoría política de la discapacidad/deficiencia, y lideradas desde las epistemologías derivadas de la experiencia de la discapacidad *física*, se opusieron al poder médico rehabilitador, no en su intención de integrarlas en la sociedad, convertirlas en fuerza de trabajo y promover su participación, éste era un deseo común, sino en lo que respecta a su paternalismo e individualismo, enfatizando la necesidad de operar sobre las estructuras sociales y reivindicando el control sobre su propia vida, la autodeterminación e

³⁹⁷ Para entonces ya existían algunas organizaciones internacionales gestionadas, en su totalidad o en parte, por «personas discapacitadas», —pero no desde dicha identidad política— según Diane Driedger (1989, pp. 10-11), miembro fundadora de DPI, éstas eran: a) la *International Federation of the Blind* (IFB, Federación Internacional de Ciegos, constituida en 1964), que fue relevante para el desarrollo de DPI porque proporcionó a algunos líderes y ejemplo de autogestión —estaba por entonces autogestionada por personas ciegas—, y de la cual procede en parte la actual *World Blind Union* (WBU, Unión Mundial de Ciegos); b) la *World Federation of the Deaf* (WFD, Federación Mundial de Sordos, constituida en 1951 y vigente en la actualidad); c) *People First International* (Personas Primero Internacional, constituida en 1974), centrada en el «retraso mental» y activa por entonces en Canadá, EEUU y Suecia, donde las personas «mentalmente deficientes formaron la organización para defender sus derechos, pidiendo vivir en la comunidad y no en instituciones» y «tenían “ayudantes”, a menudo personal de instituciones», y; d) la *Fédération Internationale des Mutilés, des Invalides du Travail et des Invalides Civils* (FIMITIC, Federación Internacional de Mutilados, Inválidos del Trabajo e Inválidos Civiles, fundada en 1953) con presencia principalmente en Europa.

independencia de los servicios y de las familias, el saber nacido de la experiencia y la autorrepresentación política, como aquéllos principios que debían guiar las políticas públicas de inclusión/normalización.

Por ejemplo, el diagnóstico que encontramos en la Constitución de DPI, indica la primacía de la demanda de *acceso*, desde la gran metáfora arquitectónica que encapsuló las demandas políticas de las personas *physically disabled*, la idea de las barreras, ya aparecida en el *Architectural Barriers Act* del 1968 aprobado en EEUU, y pensado desde el locus de la rehabilitación:

Considerando que todos los sistemas deben estar al alcance de las personas con discapacidad, se afirma que

- Existen muchos obstáculos (*barriers*) para la plena participación de las personas con discapacidad;
- La eliminación de estos obstáculos (*barriers*) requerirá cambios estructurales en nuestra sociedad;
- Existe la obligación de lograr que el ambiente físico, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y de salud, las oportunidades educativas y laborales, la vida cultural y social (por ejemplo, deportes e instalaciones recreativas) sean completamente *accesibles* a todos;
- Los gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar que los beneficios de los programas de reforma y de desarrollo de todas las áreas también incluyan a los ciudadanos con discapacidad; para ello, se deben incorporar medidas especiales a los procesos de planificación y a las estructuras administrativas de los gobiernos.³⁹⁸

Por otro lado, el *Manifiesto* de DPI, destacó «como los derechos humanos más fundamentales establecidos por las Naciones Unidas» que habrían de reivindicarse contra el principal problema que enfrentaban, la *segregación* —en tanto restricción de la actividad—, los siguientes:

DERECHOS BÁSICOS:

Derecho a la Educación

Derecho a la Rehabilitación

Derecho al Empleo

Derecho a la Seguridad Económica

Derecho a una Vida Independiente

Derecho a Participar en Actividades Sociales, Culturales y Políticas

Derecho a influir [políticamente, *Right to Influence*].³⁹⁹

En el plano epistemológico, gran parte de la literatura celebra que DPI adoptó el modelo social de la discapacidad como fundacional conectándolo con el desarrollo

³⁹⁸ Fragmento del preámbulo de la Constitución de DPI del 1982 vigente hasta la actualidad, véase DPI (1993/2023) DPI (1984).

³⁹⁹ DPI. (1984). *Disabled Peoples' International: Abstract from Manifesto, Pace Statement and Constitution*. Tony Baldwinson Archive.

previo de UPIAS (Barnes y Mercer, 2005; Davis, 1998; Hurst, 2005; Oliver, 1996). Dichas celebraciones, omiten dar cuenta de las sutiles, pero significativas transformaciones que acontecieron en el proceso de confluencia.⁴⁰⁰ El primer documento constitucional de DPI que se aprobó en su Congreso Mundial constituyente del 1981, incorporó las definiciones de «deficiencia», «discapacidad», y «minusvalía» de la CIDDDM de la OMS, que analizamos previamente (Driedger, 1989). No obstante, a causa de la intensa abogacía de Vic Finkelstein y los otros representante del *British Council of Organizations of Disabled People* (BCDOP), la confederación nacional de organizaciones de la discapacidad del Reino Unido constituida en 1981 que había surgido del trabajo de UPIAS (Oliver, 1990, 1996), se llegó al acuerdo de que dichas definiciones serían enmendadas en el primer encuentro del Consejo Mundial de DPI, que tuvo lugar en Tokyo en 1982 (Driedger, 1989, pp. 53-91). La cuestión quedó así:

Considerando que se ha creído durante mucho tiempo que la discapacidad es un *problema del individuo mas no de la relación entre el individuo y su entorno*, es necesario distinguir que:

(a) la discapacidad [*disability*] es la limitación funcional dentro [*within*] del individuo causada por una *deficiencia* [*impairment*] física, mental o sensorial, y;

(b) la *minusvalía* [*handicap*] es la *pérdida o limitación de oportunidades* para participar en la *vida normal* de la comunidad al mismo nivel que los demás, originada por *barreras físicas o sociales*.

Considerando que la rehabilitación constituye un proceso destinado a permitir que una persona *logre un grado de funcionamiento óptimo a nivel físico, mental y/o social* con el fin de proporcionarle las herramientas necesarias para que pueda *dirigir su propia vida*, es importante reconocer que *los servicios comunitarios y la vida independiente* no forman ni deben formar parte de este proceso.⁴⁰¹

Estas definiciones de deficiencia/discapacidad, insertas en una matriz que acoge la *optimización* de capacidades que busca la rehabilitación modificando su *finalidad* e imponiendo así límites al ejercicio del paternalismo médico –para el control de la propia vida, para la vida independiente–, incorpora el *modelo interactivo y funcionalista* de la OMS, empleando sus términos –deficiencia, discapacidad y minusvalía–, y situando en el centro de la relación adaptativa «entre el individuo y su entorno» el concepto de

⁴⁰⁰ Por ejemplo: «La articulación del modelo social [...] fue adoptada por organizaciones democráticas de la discapacidad en todo el mundo, incluida *Disabled Peoples' International*» (Oliver, 1996, p. 31). «Para reiterar la importancia del documento de Principios Fundamentales [de UPIAS...] la distinción que hace el primer apartado entre deficiencia y discapacidad sigue siendo válida hasta el día de hoy [...] además de convertirse en un elemento central de las definiciones operativas adoptadas por la DPI» (Oliver, 1996, p. 28).

⁴⁰¹ Fragmento del preámbulo de la Constitución de DPI del 1982 vigente hasta la actualidad, véase DPI (1982/1984), DPI (1993/2023) y Driedger (1989, p. 92). He optado por señalar algunos de los términos originales de la versión inglesa, que clarifican aquello que se ha podido perder en la traducción. Es importante destacar que en el evento fundacional del DPI se realizó íntegramente en anglosajón.

«barreras», que UPIAS solo había empleado para referirse al pernicioso enfoque de la DAU y que fue introducido desde el mundo de la rehabilitación (UPIAS y DAU, 1976, p. 9).

Tras este *impasse* el sociólogo y activista británico Mike Oliver (1945-2019), también usuario de silla de ruedas, que fue quién acuñó el término MSD en 1983, realizó una importante rearticulación de ideas en el que sin duda es el texto más citado y difundido respecto al MSD, aquel en que se conceptualizó esta nomenclatura: *The Politics of Disablement* (Oliver, 1990) el cual vino seguido de muchos otros, pues Oliver se convirtió en uno de los más visibles defensores del MSD (Oliver, 1996, 2013; Oliver y Barnes, 2012; Oliver y Sapey, 1999). Tras la intervención de Oliver el MSD dejó atrás el término minusvalía en favor del binarismo deficiencia/discapacidad propuesto por UPIAS, pero conservó la idea de las «barreras» y la perspectiva interaccionista, y se articuló con los otros «componentes» de lucha por la emancipación: la «vida independiente» y los «derechos civiles» (Finkelstein, 2007; Oliver, 1990, 1996).

DPI fue la primera organización internacional determinada a representar para las NU todos los tipos de discapacidad, particularmente como lo señala su constitución, distinguiendo entre la deficiencia/discapacidad *mental*, *sensorial* y *física*, y aunando a estas tres bajo una misma línea de acción política, demandas y objetivos (DPI, 1982/1984, 2023/1993). Este ánimo de representar a las distintas condiciones que recaían sobre la categoría de gobierno administrativo de la deficiencia/discapacidad fue muy problemático, especialmente en lo que respecta a la atribución de discapacidad/deficiencia mental donde quedaba aglutinada la antigua diferenciación psiquiátrica entre retraso y enfermedad mental, pero también en lo relativo a la sordera y otros grupos de personas que estuvieron infrarrepresentados. Por ejemplo, sus programas de entrenamiento para liderazgo (1982-1989) revelaron en 1985 que:

que al menos la mitad de los participantes en el Programa eran personas discapacitadas ya aventajadas, de lo que se deducía que no más de la mitad eran personas con poca o ninguna experiencia de liderazgo, a las que se habían destinado principalmente los seminarios. En la mayoría de los seminarios no había representación de discapacitados mentales ni de personas con “discapacidades psiquiátricas” (enfermedades mentales), y el número de hombres superaba ampliamente al de mujeres. La mayoría de los participantes eran empleados, más de la mitad en empleos ordinarios: éstos no trabajaban necesariamente con personas discapacitadas, aunque algunos sí lo hacían. Otros eran autónomos. Así pues, en los seminarios había una ausencia de mujeres, de determinados grupos de discapacitados y de los discapacitados más pobres. (Driedger, 1989, p. 61).

Tras sus ocho años de existencia, en 1989 se hizo evidente que en el Consejo Mundial de DPI, órgano encargado de tomar las «decisiones políticas para la organización [...] las personas sordas, las mujeres, los jóvenes, los discapacitados mentales y los enfermos

mentales estaban infrarrepresentados, o no estaban representados en absoluto (Driedger, 1989, p. 1981). Los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas, que rechazaron la categoría de la «enfermedad mental» y de cuyas demandas políticas y epistemologías dirigidas específicamente contra el dispositivo psiquiátrico de salud mental nos ocuparemos en adelante, nunca estuvieron representados en DPI, como lo mostrará claramente el activismo de DPI en materia de derecho humanos y «enfermedad mental», que también abordaremos en adelante.

La constitución de DPI, reflejó con claridad esta línea divisoria (DPI, 1993/2023). La «membresía titular» ostentada por Asambleas Nacionales que son las que «ejercen pleno poder de votación, envían delegados a los órganos de la DPI y designan personas a los cargos», es decir el tipo de membresía con mayor poder decisorio, estableció una *excepción*, todavía operativa en la constitución actual, con respecto a la «discapacidad mental» que la colocó del lado de la infancia:

La membresía de la OMPD puede ser otorgada a una Asamblea Nacional en cualquier nación que cumpla con las disposiciones de este artículo. “Organización de personas con discapacidad” quiere decir que la mayoría de los miembros, así como el organismo rector, debe estar formado por personas con discapacidad. *Para los grupos tales como los impedidos mentales [mentally disabled] y los niños discapacitados, la Asamblea Nacional considerará otras formas de representación.* Asimismo, buscará la mayor representación de grupos de personas discapacitadas de la población nacional, así como en lo referente a género, religión, raza, lenguaje, geografía, etc. (énfasis mío, DPI, 1993, art. 2.a).

Para la representación de los *mentally disabled*, al igual que para el caso de los niños y niñas discapacitadas, no se requería cumplir el mandato de *autorrepresentación*, una de las principales claves de la lucha política discapacitada, sino que podían ser representados por las organizaciones de familiares, sin distinción entre los colectivos de la discapacidad intelectual, que no estaban autoorganizados sino representados por familiares y los colectivos de personas psiquiatrizadas, que sí contaban con sus propias organizaciones y tradiciones de lucha. El lema por excelencia del movimiento, *Nothing About Us Without Us (Nada sobre nosotros/as sin nosotros/as)* (Charlton, 2000), quedó así delimitado por la distinción entre lo físico/sensorial y lo mental. En consecuencia, la constitución de DPI también consideró que Naciones Unidas había «reconocido los derechos de las personas con discapacidad», entre otros, por medio de «la Declaración de Derechos del Retrasado Mental» y la «Declaración de los Derechos de los Impedidos» las cuales estaban a las antípodas de los objetivo de lucha de la personas psiquiatrizadas (DPI, 1993/2023).

La cuestión de la no representación de las personas psiquiatrizadas en DPI quedó además amparada —como veremos— por el hecho de que los movimientos sociales de

personas psiquiatrizadas partieron de un rechazo sistemático a las categorías impuestas de «discapacidad mental» y «deficiencia mental» —junto con la de «enfermedad mental»— como estigmatizantes, vinculadas al modelo médico y contrarias a su lucha por la emancipación. En esta otra lucha política, dirigida contra el poder psiquiátrico y la «enfermedad mental», la discapacidad o deficiencia tendió a ser considerada como un *efecto iatrogénico* producido por las intervenciones psiquiátricas invasivas forzadas y de efectos irreversibles (Chamberlin, 1990; Lewis, 2006; Jenny Miller, 2021; Plumb, 1994; Russo y Shulkes, 2015). No existen registros de que los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas intentasen representarse en la plataforma que ofrecía DPI.

El primer gran logro de DPI, apenas un año después de su constitución, radicó en imprimir muchas de sus demandas políticas en el PAMI, y prolongar el trabajo de ésta sobre la Discapacidad. La misma resolución de Naciones Unidas que el 3 de diciembre del 1982 aprobaba el PAMI, «alentada por la formación de organizaciones de impedidos en todas partes del mundo y por su influencia positiva sobre la imagen y la condición de las personas que tienen alguna incapacidad» proclamó el periodo 1983-1992 como *el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (Disabled Persons)*: «un plan de acción a largo plazo, en el entendimiento» de que no eran necesarios más «recursos adicionales del sistema de las Naciones Unidas» que instaba a los Estados Miembros a utilizar dicho decenio como «uno de los medios para ejecutar el Programa de Acción Mundial para los Impedidos», cuyos objetivos eran la prevención, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades.⁴⁰²

Henry Enns, había conseguido participar en la redacción del PAMI como miembro de la delegación Canadiense y representante de DPI, cuando ésta aún no tenía estatus consultivo, y lo describió como «una declaración de emancipación» (citado en, Driedger, 1989, p. 97). Según Driedger (1989, pp. 97-98) historiadora y miembro de DPI, la organización había presionado para «cambiar su orientación y filosofía basadas en el modelo médico» y «que se diera una nueva definición de “minusvalía”», para que se considerara «a los discapacitados «ciudadanos con derechos» se «reconociera a las organizaciones de discapacitados como la voz de los discapacitados» y «consiguió en gran medida que sus opiniones se incorporaran» y su «credibilidad internacional» aumentara durante la redacción. El propósito del PAMI fue el de:

⁴⁰² Asamblea General de las Naciones Unidas. (1982a). Ejecución del Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Resolución 37/53 del 3 de diciembre del 1982, Trigésimo séptimo período de sesiones, 90ª Sesión plenaria, preámbulo, párr. 11. El Programa de acción Mundial de los Impedidos había sido previamente tratado en las resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas; 35/133 de 11 de diciembre de 1980 y 36/77 de 8 de diciembre de 1981 y 37/52.

promover medidas eficaces para la prevención de la incapacidad, la rehabilitación y la realización de los objetivos de «participación plena» de los impedidos en la vida social y el desarrollo y de «igualdad». Esto significa oportunidades iguales a las de toda la población, y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico. Estos conceptos deben aplicarse con el mismo alcance y con la misma urgencia en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo (Asamblea General de Naciones Unidas, 1982b, párr. 1)

El PAMI consagró la DDRM y la DDI —con sus estados de excepción y sus tibias llamadas a la desinstitucionalización— pero también encapsuló la cuestión de la deficiencia/discapacidad, tan ampliamente expandida por la clasificación de la OMS, en tres tipologías que permanecerán como hegemónicas durante todo el siglo XX, que son las que habíamos encontrado en la Constitución de DPI: deficiencia mental, física y sensorial. Bajo esta síntesis, cuantificó la magnitud de la catástrofe, abrazando plenamente el modelo social interactivo de la discapacidad basado en la metáfora arquitectónica y en la idea de las *barreras* correspondiente a la versión del MSD que resultó de la Constitución de la DPI.

A causa de deficiencias mentales, físicas o sensoriales, hay en el mundo más de 500 millones de personas impedidas, a las que se deben reconocer los mismos derechos, y brindar iguales oportunidades, que a todos los demás seres humanos. Con demasiada frecuencia, estas personas han de vivir en condiciones de desventaja debido a barreras físicas y sociales existentes en la sociedad que se oponen a su plena participación. El resultado es que millones de niños y adultos del mundo entero arrastran a menudo una existencia marcada por la segregación y degradación. (Asamblea General de Naciones Unidas, 1982b, párr. 2)

El PAMI también alertó a los Gobiernos de que «de no haber medidas correctivas eficaces», esto es «prevención de la incapacidad», «rehabilitación de los impedidos» y «equiparación de las oportunidades», las «consecuencias de la incapacidad añadirán obstáculos al desarrollo» (Asamblea General de Naciones Unidas, 1982b, párr. 5). Revelando de nuevo la matriz de la que partió el interés de NU sobre la discapacidad, esto es, el mandato de «pleno aprovechamiento de los recursos humanos» y la maximización de las aptitudes productivas de los sujetos «impedidos» con miras a convertirlos en «miembros útiles de la sociedad» (DPDS, art. 5 y 19. b).

El PAMI (1982) definió la rehabilitación y la equiparación de oportunidades en base a las reivindicaciones que introdujo DPI y que ya analizamos en su Constitución. La rehabilitación fue concebida como «un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, *proporcionándole así los medios de modificar su propia vida*» (énfasis mío, párr. 11). Por su parte la *Equiparación de oportunidades* fue definida como «el proceso mediante el cual el sistema general de la

sociedad, tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreación, se hacen accesibles para todos» (párr. 12), pues «es en gran parte el medio el que determina el efecto de una deficiencia o incapacidad sobre la vida diaria de la persona» (párr. 21). La demanda «nada sobre nosotras sin nosotras» fue incluida en diversas secciones, entre ellas dentro de los «programas de rehabilitación» que debían «concebirse de modo tal que permitan a los impedidos participar en el diseño y la organización de los servicios que ellos y sus familias consideren necesarios» (párr. 19). Eso sí, también en sintonía con la Constitución de DPI, no para todos los casos, pues podían quedar exceptuadas «las personas que sufren incapacidades mentales graves», «que no estén en condiciones de participar por sí mismas en forma adecuada en decisiones que afectan a sus vidas», en cuyo caso serán «sus familiares, o representantes designados con arreglo a la ley, [los] que deberán participar en la planificación y en la adopción de decisiones» (párr. 19).

Como mostró Driedger (1980) el PAMI fue altamente celebrado, muy particularmente en lo que concierne al abandono del «modelo tradicional basado en la segregación, la institucionalización y el control profesional» y el abrazo a «los conceptos de participación de los *consumidores*, consulta y apoyo a las organizaciones de personas con discapacidad» (énfasis mío, Driedger, 1989, pp. 97–98). El concepto de «participación de los consumidores» nos permitirá situar otra cuestión relevante con respecto a la lucha de las personas discapacitadas.

Línea de Fuga: la «soberanía del consumidor» en el mercado de la libre competencia

En la actualidad, hay 35 millones de estadounidenses discapacitados que representan uno de nuestros recursos nacionales más infrutilizados [...] Yo, Ronald Reagan, Presidente de los Estados Unidos de América, por la presente proclamo 1981 Año Internacional de los Impedidos en los Estados Unidos.
Ronald Reagan.

El año 1981, también fue —contra todo pronóstico— aquél en el que el neoliberalismo conquistó a la democracia. Fue en 1981 cuando la corriente neoliberal alcanzó los gobiernos democráticos de las dos potencias mundiales anglosajonas inaugurando el gobierno bilateral de Margaret Thatcher (Reino Unido, 1979-1990) y Ronald Reagan (EEUU, 1981-1989). Cuyas políticas internas de liberalización de la economía y desmantelamiento del Estado de Bienestar, asesoradas por Friedman, Hayek y los Chicago Boys, implicaron también la consolidación del régimen depredador a nivel global mediante los Programas de Ajuste Estructural, implementados después del experimento de Chile en el denominado tercer —o cuarto— mundo (Escalante Gonzalbo, 2015; Naomi Klein, 2007).

La primera hazaña clave protagonizada por Reagan tuvo lugar en la que en 2015, seguía siendo considerada como la única Cumbre Norte-Sur de la historia (Escalante Gonzalbo, 2015). Ésta fue convocada para discutir las conclusiones del Informe Brandt (1980) titulado *Norte-Sur: Un Programa para la Supervivencia*, que abordaba la desigualdad económica estructural en el dividendo Norte-Sur —la línea de Brandt— que, en lo fundamental, sigue vigente (Lees, 2021), abogando por una gran transferencia de recursos de los países desarrollados a los países en desarrollo. La Cumbre Norte-Sur tuvo lugar en Cancún, México, del 22 al 23 de octubre de 1981 con la asistencia de 22 jefes de Estado (oficialmente conocida como *Reunión Internacional de Cooperación y Desarrollo de Cancún*). Allí, Reagan, que «condicionó su presencia al carácter informal de la cumbre a fin de que se convirtiera en un simple intercambio de puntos de vista y no en un foro de negociación» (Boadella, 1982, p. 157), también pronunció el discurso que supuso «la liquidación final del proyecto de un Nuevo Orden Económico Internacional», si bien, la idea destelleó algunos años más (Escalante Gonzalbo, 2015, p. 130). En cualquier caso, lanzó el conjuro neoliberal que con el tiempo acabó por eclipsar —de derecha a izquierda— las democracias de nuestro mundo. Aconsejó literalmente abrazar «la magia del mercado» y abandonar la utopía, a sus ojos poco

razonable y demasiado esotérica, de intentar reparar el daño colonial y acabar con el hambre y la pobreza en el mundo:

El hambre y la pobreza [...] no van a desaparecer de la noche a la mañana; hay quienes confunden compasión con desarrollo, y se imaginan que una transferencia masiva de riqueza produciría milagrosamente el bienestar; pero no, el camino de la prosperidad sólo es iluminado por la libertad económica y los incentivos individuales (citado en, Escalante 2015, 131).

La expansión del movimiento genérico e internacionalista de la discapacidad estuvo atravesada por una suerte de encaje con la matriz neoliberal, algo que conviene apuntar, en la medida en que ésta también afectó a los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas. Tanto el inicial trasvase a Canadá del Movimiento de Vida Independiente como la formulación de su paradigma político-epistemológico en el mundo de la rehabilitación y de la academia, estuvo mediada por Gerben DeJong, un académico de la rehabilitación —y no un hombre discapacitado— que continúa siendo citado por algunos de los representantes actuales del movimiento de Vida Independiente como uno de los «líderes teóricos» del movimiento (Vidal García Alonso, 2003, p. 40) y aquél que lo «describió y desarrolló por primera vez en profundidad» (Martínez, 2003, p. 152).⁴⁰³

Este académico alemán asentado en EEUU se dedicó desde finales de los 70 a insertar sistemáticamente al Movimiento de Vida Independiente en la emergente ideología neoliberal. En sus desarrollos, el «empoderamiento» y el control sobre la propia vida, llegaban tan solo a partir de la «elección soberana del consumidor» en el «mercado de la libre competencia» del campo de la discapacidad y la rehabilitación, una elección que debía insertarse en la lucha contra el «monopolio de estado» (DeJong, 1979b, 1979a, 1981, 1982).⁴⁰⁴

Lo básico del consumismo [*consumerism*] es la desconfianza hacia el vendedor o el proveedor de servicios. Corresponde al consumidor informarse sobre la fiabilidad del producto y la idoneidad del servicio. La soberanía del consumidor siempre ha sido el sello distintivo de la *teoría económica del libre mercado*. [...] Dentro del auge de la soberanía del consumidor, se cuestiona el dominio profesional en materia de discapacidad y rehabilitación. [...] La doctrina de la *soberanía del consumidor*, a veces denominada “participación del consumidor”, es ahora un elemento fijo del movimiento de Vida Independiente. La doctrina afirma que, dado que las personas discapacitadas son los mejores jueces de sus propios intereses, deberían tener la mayor voz a la hora de

⁴⁰³ Estas afirmaciones aparecen en una compilación en español, dedicada a la memoria de Ed Roberts, con contribuciones de múltiples líderes del movimiento, incluidos líderes históricos como Judith E. Heumann y Kathy Martínez (Estados Unidos), Adolf Ratzka (Suecia) y John D. Evans (Reino Unido). Véase *El movimiento de Vida Independiente: experiencias internacionales* García Alonso et al., (2003).

⁴⁰⁴ Una sucinta crítica a DeJong puede leerse en Williams (1983).

determinar qué servicios se prestan *en el mercado* de servicios para la discapacidad (énfasisi mío, DeJong, 1979a, p. 439).

Independientemente de la ideología económica que abrazaran en privado sus integrantes, lo que es evidente es que el Movimiento de Vida Independiente se desarrolló como un movimiento de *consumers*, que para nada estaba reñido con el despliegue del neoliberalismo. Si a «algunos les puede resultar difícil ver el movimiento para la vida independiente como una apología de una ideología pluralista de libre mercado» decía DeJong, éstos deben reconocer que «si bien las personas discapacitadas han sido excluidas de la plena participación en el sistema económico-político estadounidense, aún se suscriben a los valores y supuestos más preciados del sistema. Continúan queriendo formar parte del sistema» (DeJong, 1979b, p. 46).

De hecho, la propia Judy Heumann, líder histórica del movimiento norteamericano junto con Ed Roberts, trabajó para el Banco Mundial como consejera de Discapacidad y Desarrollo entre 2002 y 2006,⁴⁰⁵ y desde esta institución paradigmática de la implementación global del neoliberalismo y, más particularmente de los Programas de Ajuste Estructural, contribuyó a dar alcance mundial al movimiento de Vida Independiente. Las críticas a las políticas de «independencia» e «inclusión» en materia de discapacidad del Banco Mundial, insertas en la matriz del capitalismo global, no tardaron en llegar (McRuer, 2007).

Por otro lado, en aquél mismo periodo, el británico Vic Finkelstein (2007), viejo marxista y pionero del MSD, que había apoyado junto con Ken Davis y Dick Leaman —entre otros— la idea de nacionalizar bajo el control de las personas discapacitadas los servicios del Estado para la discapacidad, una fugaz alternativa socialista que fue desmantelada en los 90, y que por explícita oposición al paradigma de Vida Independiente, fue denominada Vida Integrada (*Centres for Integrated Living*), se quejaba de la articulación que hizo Oliver del MSD —que incorporaba los componentes de derechos civiles y vida independiente— afirmaba:

¡Me parece extraordinario que las personas que hicieron una campaña tan vigorosa para que se creara el estilo estadounidense de servicios de vida independiente en el mercado competitivo en expansión en el Reino Unido ahora se quejen de que están perdiendo el apoyo del gobierno del que dependen! [...] Entonces, después de todo, las personas discapacitadas no pueden ser “independientes” sin el “apoyo” estatal: ¡¡la “independencia” de las personas discapacitadas es “dependiente”!!! No creo que haya que ser psicólogo para reconocer el mensaje dominante que esta afirmación alimentará al público “no discapacitado. [...] Los promotores de la “vida independiente” en una economía de mercado no pueden quejarse de que obtuvieron lo que querían (para deleite de los corsarios en el nuevo Partido Laborista Blatcherite). Cuando los grupos de

⁴⁰⁵ World Bank Appoints Judy Heumann to New Disability Adviser Post. (2002). *Disability World*, April-May(13).

discapacitados se volvieron “independientes”, tenían que continuar con el trabajo y competir contra otros proveedores de servicios de “vida independiente”. Si la competencia ocurre entre organizaciones de caridad bien establecidas, que así sea, ¡que gane el más competitiva! Eso es lo que significa “independencia” en el sistema capitalista. Toda gira en torno a una prestación de servicios “eficiente” (su significado: quién tiene el producto más barato para vender). El mercado no necesita grupos no productivos como las organizaciones “políticas” de discapacitados. ¿Cómo podemos quejarnos cuando algunas personas del movimiento de discapacitados, incluso antiguos dirigentes, ocupan altos cargos en organizaciones de beneficencia, o cuando Rachel Hurst hace público que deberíamos cooperar con las organizaciones de beneficencia en lugar de oponernos a ellas? Al fin y al cabo, ahora somos todos iguales: competidores “independientes” en el mismo mercado de proveedores de servicios. En resumen, el movimiento de los discapacitados ya no marca la agenda de nuestra emancipación, sino que nos hemos convertido en prisioneros de un mercado que marca la agenda de nuestro movimiento (Finkelstein, 2007, pp. 12-13).

No obstante, Finkelstein también omitió las duras críticas a la distinción entre deficiencia/discapacidad que le llovieron en los años 90 desde el movimiento británico de personas psiquiatrizadas, dónde muchas de las personas integrantes no se sentían representadas por el MSD en el que se fundamentó el *British Council of Organisations of Disabled People* (Plumb, 1994).⁴⁰⁶ De hecho, continuó reiterando que los objetivos con los que nació UPIAS abarcaban «las necesidades de todas las personas discapacitadas y, a diferencia de muchas otras organizaciones de la época» evitaban «hacer campaña por un único tema» (Finkelstein, 2007, p. 6). Estos objetivos de UPIAS, eran:

que todas las instalaciones segregadas para personas con discapacidad física sean sustituidas por disposiciones que nos permitan participar plenamente en la sociedad. Estos acuerdos deben incluir la ayuda económica, médica, técnica, educativa y de otro tipo que el Estado necesite para permitirnos conseguir la máxima independencia posible en las actividades de la vida diaria, lograr la movilidad, realizar un trabajo productivo y vivir dónde y cómoelijamos con pleno control sobre nuestras vidas. (Finkelstein, 2007, pp. 5-6).

⁴⁰⁶ De estas críticas nos ocuparemos con más detalle en el Capítulo VIII.

De los primeros movimientos sociales de personas psiquiatrizadas y sus diferencias y comunalidades de partida con el movimiento genérico de la discapacidad

A inicios de los 70, en pleno despliegue de las primeras medidas de desinstitucionalización y en un contexto generalizado de politización social y de incisivos ataques intelectuales al saber-poder psiquiátrico, empezaron a constituirse de manera desconectada, tanto en Europa como en Norteamérica, los primeros colectivos y movimientos sociales autoorganizados por personas psiquiatrizadas. Nacieron desde la especificidad de la experiencia vinculada al devaluado rol de «pacientes mentales» contra el dispositivo psiquiátrico/de salud mental como opresión común y bajo las identidades políticas dominantes de «expacientes mentales» y «expresas de la psiquiatría» (*ex-psychiatric inmates*) (Chamberlin, 1984, 1988a, 1990; Crossley, 1999, 2006; Emerick, 1996; Guzmán Martínez et al., 2021; Haafkens et al., 1986; Parra Allen, 2018; Reaume, 2002).

En la medida en que resulta imposible, en el contexto de esta tesis, trazar los múltiples núcleos de emergencia de los movimientos de personas psiquiatrizadas, voy a centrarme en sus núcleos de emergencia norteamericano —especialmente estadounidense— y británico, al igual que en el caso de los movimientos de personas discapacitadas. Esta selección pragmática se apoya también en diversos motivos analíticos y teóricos: (a) son los núcleos de emergencia más documentados y de los que —por tanto— existen más registros históricos con los que trabajar; (b) nacieron y se desplegaron, al igual que en el caso de los movimientos sociales que resignificaron políticamente la discapacidad, en el seno del gobierno bilateral Margaret Thatcher (Reino Unido, 1979-1990) y Ronald Reagan (EEUU, 1981-1989), desde dónde se estableció el régimen neoliberal en la matriz de la democracia y se institucionalizó a nivel global; (c) el mantenimiento del eje EEUU-Gran Bretaña posibilitará un análisis comparativo en términos de epistemología y demandas políticas doble. A nivel interno del movimiento de personas psiquiatrizadas podremos comparar despliegues y derivas entre el territorio estadounidense y británico. Además, —en el próximo capítulo— esta elección permitirá abordar algunas de las interacciones, tensiones, confluencias y trasvases entre los movimientos de personas psiquiatrizadas estadounidense y británico y el movimiento genérico de la discapacidad predominante en sus respectivos territorios, esto es, en Norteamérica aquel que nació bajo la bandera de la vida independiente y de los derechos civiles y en Gran Bretaña el que nació abanderando el MSD como identidad política; (d) finalmente, cubre la emergencia del movimiento norteamericano de personas psiquiatrizadas que destaca

por la gran influencia a nivel internacional de algunas de sus líderes, como Judi Chamberlin, reconocida como la «madre» del movimiento y leída a nivel internacional, y más tarde Tina Minkowitz, que representó al colectivo en las negociaciones de la CDPD.⁴⁰⁷

Cabe avanzar que tomaré como punto de partida del análisis los dos manifiestos que catalizaron los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas en estos territorios, el *Insane Manifesto* (Manifiesto Loco) en Norteamérica (ILF, 1971) y *The Fish Pamphlet* (El Folleto del Pez) en Gran Bretaña (Eric Irwin et al., 1972) y resumiré sus despliegues hasta aproximadamente los años 1976-1977.

Ese período, además de marcar un desplazamiento diferencial en el seno de ambos movimientos, sitúa la proclamación prospectiva del AII, y el inicio del interés de las Naciones Unidas en elaborar directrices para la «protección de las personas detenidas por motivos de mala salud mental contra los tratamientos que puedan redundar en detrimento de la persona humana [*human personality*] y de su integridad física e intelectual», partiendo de su preocupación por «los progresos de la neurocirugía, de la bioquímica y de la psiquiatría» (UN. Commission on Human Rights, 1977, p. 84). Dichas directrices, en torno a las cuales se enfocará el análisis —sin olvidar situar los desplazamientos más importantes que vayan aconteciendo en el seno de los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas— quedaron encalladas, fueron intensamente disputadas, y no se aprobaron hasta más de catorce años después, cuando la Asamblea de Naciones Unidas proclame los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (PPEMSM, 1991).

⁴⁰⁷ Ver Capítulo VIII.

Del *Insane Manifesto* a la autogestión: los comienzos en Norteamérica

El *Insane Manifesto* fue el documento fundacional del *Insane Liberation Front* (ILF), el primer colectivo que la literatura anglosajona identifica como parte del Movimiento de Liberación de Pacientes Mentales (*Mental Patients Liberation Movement*), constituido en la primavera de 1970, en Portland Oregón, por un grupo de unas diez personas, entre las que figuraron Dorothy Weiner, una joven radical que había estado implicada en el Movimiento Anti-Guerra del Vietnam y el socialista Tom Wittick (Chamberlin, 1984, 1990; McLean, 2000; Jenny Miller, 2021; Reaume, 2002). El ILF tuvo una vida muy corta, de tan «solo 6 meses» pero «su influencia en la historia de los grupos de expacientes norteamericanos fue notable [...] la noticia de que se estaban organizando ex internos de instituciones psiquiátricas fue trasladada a otras partes del continente» (Reaume, 2002, pt. 415). Este colectivo fue la chispa que desató la emergencia del movimiento en Norteamérica, dando lugar rápidamente a otros grupos autogestionados de expacientes y expresas psiquiátricas en Nueva York, Boston, San Francisco y Vancouver (Chamberlin, 1984, 1990; McLean, 2000; Jenny Miller, 2021; Reaume, 2002). El *Insane Manifesto*, apareció en 1971 en una revista publicada entre 1970-1972 en Nueva York por «terapeutas radicales» y denominada *The Radical Therapist Collective* (Jerome, 1971). El movimiento de «terapeutas radicales» se venía desplegando durante los años 60 y principios de los 70 y aglutinaba a diversos profesionales de la salud mental, que se habían plantado contra la hegemonía de la matriz del ajuste al ambiente en psicoterapia —de la que vimos nacer y desplegarse a la higiene mental meyeriana—⁴⁰⁸ bajo el eslogan «la terapia significa CAMBIO, no ajuste» (Jerome, 1971). Como ha mostrado Athena McLean (2000, p. 823) se sirvieron de una epistemología marxista y criticaron fundamentalmente a las psicoterapias tradicionales de ajuste en su promoción a la adaptación a unas condiciones sociales y económicas opresivas, bajo un reconocimiento de los determinantes raciales y de clase, se opusieron a la categoría de enfermedad mental y al modelo médico, y desarrollaron algunas alternativas que pretendían combinar la psicoterapia con la «política radical». En *The Radical Therapist Collective* el ILF se presentaba así:

Nosotras, del *Insane Liberation Front*, somos *expacientes mentales* y personas a quienes la sociedad etiqueta como enfermas. Estamos comenzando a unirnos, comenzando a ver que *nuestros problemas no son individuales*, no se deben a *deficiencias personales*, sino que *son el resultado de vivir en una sociedad opresiva*. Y empezamos a ver que nuestra supuesta “enfermedad” es una *rebelión personal* o una *revuelta interna* contra este

⁴⁰⁸ Ver Capítulo III.

sistema inhumano. Insane Liberation luchará activamente contra las instituciones mentales y el brutalismo que representan (por ejemplo, el internamiento involuntario, los electroshocks, el uso de drogas, los trabajos forzados, las palizas y las constantes afrentas a nuestra autoidentidad). Incluso en los llamados “hospitales progresistas”, donde no se producen muchos de los abusos físicos, se nos sigue haciendo sentir tan abatidos que nuestro concepto de quiénes somos, y nuestras creencias, son empujados tan abajo que a menudo acabamos aceptando la sociedad de nuestro carcelero. Lucharemos para liberar a todas las personas encarceladas en instituciones mentales (énfasis mío, ILF, 1971, p. 107).

La cita anterior nos permite situar algunas cuestiones muy relevantes. En primer lugar, el rechazo a las categorías impuestas de «enfermedad» y de «deficiencia» —que serán hegemónicas en los movimientos de personas psiquiatrizadas— y la denuncia de un *sistema social* inhumano como aquello que *causa* la «locura», una respuesta, una rebeldía una subversión personal legítima. Esta epistemología está en la base como veremos, de los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas, en completa contraposición a los movimientos de la discapacidad. Éstos, denunciaron a la organización social esencialmente en lo relativo a sus infraestructuras —arquitectónicas, comunicativas, etc.— *discapacitantes*, pero se anclaron —como vimos— en la categoría naturalizada de la *deficiencia*, de una extremidad, de un mecanismo, o una función corporal. El enemigo del ILF era otro: las instituciones mentales, la privación de libertad y los tratamientos forzosos y a menudo irreversibles, así como la concepción devaluada de sí mismos que el sistema *carcelario* de la psiquiatría en alianza con el capitalismo articulaba.

El *Insane Manifesto* planteó nueve metas, seis de ellas basadas en el principio de *abolición*, esto es, la exigencia del fin de algo que es percibido como un ejercicio de opresión activa, cuya raigambre conecta el sistema psiquiátrico con el sistema capitalista racista y sexista. Notablemente el principio de *abolición*, tan característico de los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas, estuvo prácticamente ausente en los inicios del movimiento de la discapacidad que —como vimos— demandó fundamentalmente políticas positivas de inclusión en la toma de decisiones (autorrepresentación) y en el sistema social (empleo, educación, transporte cultura, etc.). EL ILF (1971) demandó «el fin» de las «instituciones mentales y de toda la opresión que representan [...] servidumbre involuntaria, electroshock, uso de drogas y restricciones a la libertad de comunicación con el exterior» (pt. 1); junto con la «liberación inmediata de todas las personas encarceladas en hospitales mentales» (pt. 2); «el fin de los internamientos mentales» (pt. 3); «el fin de la discriminación económica contra las personas que se han sometido a tratamiento» y la «destrucción de

sus registros médicos» (pt. 6); «el fin del sistema capitalista con su opresión racista y sexista y con sus normas competitivas y antihumanas» (pt. 8). Pero también:

Queremos *el fin de la práctica de la psiquiatría*. Toda la “ciencia” de la psiquiatría se basa en la suposición *de que algo anda mal con el individuo y no con la sociedad*. Vemos la psiquiatría como una *herramienta para mantener el sistema actual*. Rebelde a menudo significa ser enviado inmediatamente a un psiquiatra debido a un “trastorno emocional”. [...] la mayoría de los psiquiatras a) *ganan dinero* con nuestros problemas; b) nos ven como *categorías y objetos*. Para ellos somos una “neurosis de ansiedad” o una “reacción paranoica” más que un ser humano; c) fomentan la *dependencia* en lugar de la *interdependencia* haciéndonos desconfiar de nosotros mismos y, en consecuencia, buscar respuestas en el *Dios omnisciente*, el psiquiatra (énfasis mío, ILF, 1971, pt. 5).

La abolición de la psiquiatría como utopía movilizadora apareció también en el punto de emergencia del movimiento británico, y continúa siendo defendida desde las posiciones más radicales del movimiento contemporáneo. En EEUU, como veremos, tuvo una larga trayectoria. La cita anterior también permite situar otra cuestión, el ILF estaba lidiando, no con la psiquiatría biomédica contemporánea cuyo establecimiento como vimos puede localizarse en la publicación del DSM-III, sino con la hegemonía de la psiquiatría de raigambre psicoanalítico y meyeriano que siguió a la II Guerra Mundial, como lo indican las categorías de «neurosis» y de «reacción», pertenecientes al DSM-I y al DSM-II.

El ILF (1971) complementó sus exigencias de abolición, con tres políticas positivas, concretamente: un programa educativo para luchar contra el «chovinismo cuerdo» (*sane chauvinism*) –primer antecedente del cuerdismo⁴⁰⁹– entendido éste como «intolerancia hacia las personas que parecen raras y actúan de manera diferente» (pt. 7); el reconocimiento del «derecho a la integridad de nuestro cuerpo en todas sus funciones, incluyendo la más extrema de las situaciones, el suicidio» (pt. 9); y dada su firme creencia en «que la única forma de ayudar a la gente es que la gente se ayude mutuamente» anunciaron sus planes para la creación inmediata de:

centros de *freak-out* de barrio, totalmente controlados por las personas que los utilizan [...lugares] donde la gente, si cree que necesita ayuda, puede obtenerla en un ambiente totalmente abierto de personas que están pasando o han pasado por experiencias similares. [...] Las personas que viven y trabajan allí no se ven a sí mismas más cuerdas

⁴⁰⁹ Poco después fue rebautizado por grupos de expacientes y expresas de la psiquiatra como «mentalismo» (*mentalism*): esto es, «estereotipos negativos [acerca] de los “enfermos mentales” [que] están por todas partes y es difícil no interiorizarlos [...éstos] han sido denominados “chovinismo cuerdo” o “mentalismo” por los grupos de liberación de pacientes mentales. Al igual que el sexismo, el mentalismo está incorporado al lenguaje: enfermo y loco se utilizan ampliamente para referirse a un comportamiento que el hablante desaprueba. La lucha contra el mentalismo es una de las actividades de largo alcance de la liberación de los pacientes mentales» (Chamberlin, 1977/1988a, p. 71).

que cualquiera que vaya allí. Todas están locas y todas *freak-out* [...] Insane Liberation planea formar centros *freak-out* inmediatamente (ILF, 1971, pt. 3).⁴¹⁰

Poco tiempo después, Howard Geld, uno de los miembros del ILF dejó Portland y se fue a vivir a su ciudad natal, Nueva York, dónde ayudó a fundar el *Mental Patients Liberation Project* en 1971 (MPLP-NY), esto es, la siguiente organización norteamericana del movimiento (Chamberlin, 1984, 1988a, 1990; Reaume, 2002). El MPLF-NY tenía como meta crear uno de esos centros de *freak-out* como alternativa al hospital mental pero carecía de medios económicos por lo que inicialmente «recurrió a la distribución de la declaración de derechos como un medio para publicar las condiciones dentro de los hospitales mentales» (Chamberlin, 1988a, pt. 88).⁴¹¹ Con ello, dio lugar «en sus primeras semanas de existencia [...] a una Ley de Derechos de los Pacientes Mentales [...] que] eran derechos humanos fundamentales» (Chamberlin, 1988a, p. 86).

La ley de derechos del MPLF-NY incluyó demandas similares a las del ILF, si bien el posicionamiento del redactado difería, tanto en lo que respecta a la articulación del nosotros, como al posicionamiento anticapitalista y al radicalismo abolicionista: se asentaba en una tradición de lucha por los derechos civiles. Mientras el *Insane Manifesto* partía de la primera persona del plural (*we*) indicando aquello que la organización demandaba y a lo que se comprometía bebiendo de una lectura marxista de la problemática, la ley de derechos del MPLP-NY se dirigía al «paciente mental» individual y abstracto informándole de su *condición humana* y de sus derechos de ciudadanía, apelando a la Declaración de Independencia y a la Constitución estadounidense (ej.: *You are human being. You have de right...*). El contenido, sin embargo coincidía en parte con aquél que se derivaba del ILF: consentimiento informado y prohibición del tratamiento e internamiento forzoso, derecho a unas «condiciones de vida decentes», al que se añadía el derecho a «la propiedad personal» contra la incapacitación para gestión económica, derecho a rechazar el trabajo forzado, derecho a disponer de «alternativas al encarcelamiento en hospitales mentales», entre otros (Chamberlin 1988a, 86–87).

En 1971 se fundó también el *Mental Patients' Liberation Front* de Boston (1971, MPLF-B), que inicialmente realizó sus encuentros en las oficinas de la revista *The*

⁴¹⁰ El diccionario de Cambridge define *freak-out* como «estar muy excitado o emocional, o causar que alguien este de esa manera». La traducción al español resulta compleja, aunque no resulta del todo convincente podría aplicarse centros para enloquecer o flipar.

⁴¹¹ Posteriormente pondría en marcha un centro de crisis gestionado por sus propios miembros que para 1977, ya no estaría en funcionamiento (Chamberlin, 1988a).

Radical Therapist Collective —aquella organización que publicó el *Insane Manifesto*— y posteriormente en el apartamento de uno de los miembros. Judith Chamberlin (1944-2010), que se constituyó en la figura internacional e histórica más icónica del movimiento con la publicación en 1978 de *On our own: patient-controlled alternatives to the mental health system* (Por nuestra cuenta: alternativas al sistema de salud mental controladas por el paciente), perteneció a este colectivo. Su libro atestigua como el movimiento de expacientes y expresas de la psiquiatría optó por la alternativa autogestionada y el apoyo mutuo pues «pronto quedó claro que no había forma de arreglar el actual sistema de hospitales psiquiátricos» y que era necesario un «modelo completamente diferente» (Chamberlin, 1977/1988a, p. 73).⁴¹²

Las reuniones del MPLF-B se estructuraron en torno a dos tipos de encuentros: «toma de conciencia» y «encuentros estratégicos». No obstante, el grupo acabó enfocándose en la toma de conciencia, según Bette Maher, una de las fundadoras, en respuesta a las necesidades y reacciones de las nuevas personas integrantes. Por un lado «continuaban en el viaje mental de sentir que *se merecían* lo que les había sucedido, fueron “psicologizadas” [...] en toma de conciencia, hablábamos de cómo las personas terminaban en los hospitales [...] sus vidas se habían vuelto intolerables [...] los hospitales empeoraron la situación» (citado en, Chamberlin 1988a, p. 88). Por el otro: «Mucha gente dejó de asistir a reuniones estratégicas porque no quería involucrarse en nada político. Pero siguieron viniendo a las reuniones de concienciación porque dijeron que [...] les ayudaron a sentir un respeto por sí mismas que nunca antes habían tenido» (Citado en, Chamberlin 1988, p. 89).

⁴¹² Desde su aparición se convirtió en el texto canónico del movimiento que sigue siendo hasta nuestros días. En esta obra Chamberlin (1977/1988a) desarrolló una sucinta labor conceptual que entró en diálogo crítico con las figuras intelectuales de la época. Entre ellas, Thomas Szasz, David Laing, Michael Foucault, Erving Goffman, David Rosenhan, Phyllis Chesler y los «terapeutas radicales». Allí, reivindicó el saber que emerge de la propia experiencia y conceptualizó los desarrollos del movimiento. El libro, entre manifiesto y manual, parte de su experiencia personal como psiquiatrizada y sistematiza los saberes, experiencias y aprendizajes colectivos, centrándose en diseccionar las relaciones de poder y los abusos constitutivos del sistema de salud mental y situando el problema en una dimensión de poder y control social que se ensaña con las clases más desposeídas y disidentes. Expuso las características y resultados de los procesos de «toma de conciencia», así como las internalizaciones y estrategias de supervivencia vinculadas al «rol de paciente» acuñó el concepto de «mentalismo» y abogó por las alternativas controladas por expacientes. En el capítulo cuatro, *Alternativas y Falsas alternativas*, diseccionó críticamente algunas de las experiencias llamadas «alternativas» que le eran contemporáneas y estableció criterios para diferenciar las «falsas alternativas», que reproducían las relaciones de poder intrínsecas al sistema, de las «verdaderas», para las cuales proporcionó bases procesuales para llevarlas a cabo. A grandes rasgos, las alternativas verdaderas fueron conceptualizadas como comunidades de apoyo mutuo que parten del principio de voluntariedad, autogestionadas por las propias personas que reciben el apoyo, en la que los roles de dar y recibir apoyo son reversibles, fluidos e intercambiables entre los miembros, y cuya organización está basada en la toma colectiva de las decisiones.

Las reuniones de concienciación del MPLF-B, estaban inspiradas en los grupos de concienciación del Movimiento de Liberación de Mujeres en el que también participaron mujeres líderes del movimiento de personas psiquiatrizadas en Norteamérica (Chamberlin, 1988a; Guzmán Martínez et al., 2021) y en su lema —lo personal es político. Los grupos de concienciación del MPLF-B, como la mayoría de los grupos de apoyo mutuo contemporáneos, no abordaban la cuestión política en el sentido de adscripción a una de las corrientes disponibles para pensar un sistema de (re)producción social (ej.: socialismo; comunismo, capitalismo; anarquismo, etc.), pero eran un espacio de politización de la experiencia en tanto «paciente mental», y para desinternalizar el cuerdisimo. En el caso del MPLF-B desembocó en la elaboración de un Manual de Derechos a partir de una exhaustiva revisión de las leyes de Massachussets. Ese Manual de Derechos empleaba también la formulación informativa dirigida a un individuo abstracto el «paciente mental» (*You have right...*). Según Chamberlin, respecto a la del MPLP-NY, incluía diferencias de énfasis, pero su contenido, era similar. Una cuestión, no obstante lo diferenciaba, el hecho de haber transmutado la alternativa inicialmente nombrada por el ILF como centro *freak-out* en el siguiente derecho: «Usted tiene derecho a instalaciones administradas por pacientes donde las decisiones que se toman y el trabajo que se realiza son su responsabilidad y están bajo su control» (Chamberlin, 1988a, p. 89).

Entre los primeros grupos que emergieron en los 70, figuraron también la *Mental Patients Association* en Vancouver, Canadá (MPA, 1971) que ese mismo año, 1971 empezó a publicar la revista *In A Nutshell* (en una Cáscara de Nuez);⁴¹³ y la *Network Against Psychiatric Assault* en San Francisco (NAPA, 1972), que dio lugar en 1975 a la *Women Against Psychiatric Assault* (WAPA, 1975), considerada como la primera agrupación feminista del movimiento (Burstow, 2005; Chamberlin, 1984, 1990; Lewis, 2006).⁴¹⁴

El movimiento estadounidense de expacientes y expresas de la psiquiatría —a diferencia del británico— estuvo ampliamente liderado por mujeres y se conformó desde núcleos locales independientes «débilmente vinculados entre sí» a través del «desarrollo de dos importantes medios de comunicación»: la publicación *Madness Network*

⁴¹³ Los números de la primera década de *In A Nutshell* ser consultados en el archivo Madness Canada. (2022). *In A Nutshell Collection, 1971-1981*.

<https://madnesscanada.com/resources/voices/mpa-in-a-nutshell-collection-1971-1981/>

⁴¹⁴ Para una síntesis en lengua hispana sobre los trasvases, intersecciones y tensiones entre el movimiento de liberación de las mujeres y el de expacientes y expresas de la psiquiatría, véanse Tatiana Castillo Parada (2019), Grecia Guzmán Martínez et al. (2021) y Guzmán Martínez (2022).

*News*⁴¹⁵ (MNN, 1972-1986) y una *Conferencia anual sobre Derechos Humanos y Opresión Psiquiátrica*⁴¹⁶ (1973-1985) que comprendió más de 10 años, siempre manteniendo intacto el mismo título (Chamberlin, 1990, p. 327). La MNN empezó como un boletín informativo anti-psiquiátrico del área de San Francisco fundado por expacientes y expresas psiquiátricas, particularmente Tulia Tesauro y Jennifer Gleissner y profesionales disidentes, los autodenominados «terapeutas radicales» (McLean, 2000; Jenny Miller, 2021). Estaba fuertemente vinculada a la *Network Against Psychiatric Assault* (NAPA), con la que compartía oficina (Jenny Miller, 2021).⁴¹⁷ Tanto MNN como NAPA rechazaron la categoría de enfermedad mental:

No creían que los sobrevivientes psiquiátricos tuvieran alguna enfermedad o deficiencia mental en particular, aparte del daño emocional y físico creado por tranquilizantes que dañan el cerebro, electrochoques, pobreza, institucionalización, situaciones familiares opresivas y/o el estigma contra las personas que habían estado en instituciones psiquiátricas» (Jenny Miller, 2021, p. 4).

En 1973 se celebró la primera *Conferencia Anual sobre Derechos Humanos y Opresión Psiquiátrica*, que fue patrocinada por un profesor de psicología vinculado al colectivo de terapeutas radicales y el MPLP-NY, y estuvo atravesada por una disputa sobre el «nombre» de la misma (Chamberlin, 1990; Lewis, 2006; McLean, 2000). En este encuentro inicial: «el nombre original propuesto por el profesor patrocinador de la conferencia [...] “Los derechos de los discapacitados mentales (*mentally disabled*)” fue rechazado rotundamente como estigmatizante» por los expacientes que escogieron el de «Conferencia sobre Derechos Humanos y Opresión Psiquiátrica», el cual permaneció invariable hasta la discontinuación de la misma en 1985 (Chamberlin, 1990, p. 327). Este reflejó los dos nodos aglutinadores del movimiento, la reivindicación de los derechos humanos y la denuncia de la opresión psiquiátrica. La «discapacidad/deficiencia mental», que fue la categoría administrativa de gobierno en la que Naciones Unidas subsumió inicialmente bajo el paraguas de la discapacidad a las personas psiquiatrizadas —ya fueran estas médicamente codificadas como enfermas o retrasadas mentales— fueron tajantemente rechazadas como identidad política a lo largo y ancho de todo el

⁴¹⁵ Actualmente todos los boletines de la *Madness Network News* están disponibles en un archivo público, autorizado por *MindFreedom International*, que es la entidad que ostenta el copyright de la propiedad intelectual. Existen denuncias de algunas de las editoras y administradoras de la revista más veteranas —desde 1976— respecto a los intentos de apropiación del copyright de MNN y la «reescritura de la historia del movimiento» por parte de los impulsores de la web *Madness Network News Redux* (Jenny Miller et al., 2021). Véase el archivo de *Madness Network News*, en: <https://madnessnetworknews.com>

⁴¹⁶ *The Annual Conference on Human Rights and Psychiatric Oppression*.

⁴¹⁷ *Madness Network News* y las oficinas de NAPA estuvieron ubicadas primero en Market Street en San Francisco durante muchos años, luego en Capp Street en San Francisco y finalmente en University Avenue en Berkeley (Miller 2021).

despliegue de los movimientos sociales autogestionados por personas psiquiatrizadas desde los 70 hasta nuestros días.⁴¹⁸

A partir del 1976 tanto la MNN como la Conferencia Anual, que habían empezado siendo mixtas, limitaron la participación a expacientes y expresas psiquiátricas en respuesta a las protestas de NAPA (Chamberlin, 1990, p. 327). La NAPA había sido fundada por Leonard Frank y Wade Hudson para oponerse al tratamiento forzoso organizando continuas «protestas y eventos educativos sobre las violaciones extremas de los derechos humanos y la opresión psicológica que estaba siendo perpetuada contra las personas presas y expresas de hospitales psiquiátricos» (Jenny Miller, 2021, p. 12). Ésta fue una organización clave en la articulación y expansión del movimiento norteamericano. Kate Millett (2019), mujer psiquiatrizada e icono del movimiento feminista de la segunda ola, estuvo brevemente implicada en la NAPA, que estaba «abierta a cualquiera que compartiera el objetivo de poner fin al tratamiento forzoso» y la mayoría de sus integrantes «habían sufrido como resultado de un asalto psiquiátrico» (Jenny Miller, 2021, p. 3).

Las protestas de NAPA harían de 1976 un año clave para el movimiento norteamericano. Tras la muerte por suicidio de una de las fundadoras de la MNN, Tulia Tesauro, NAPA protestó contra el dominio, el paternalismo y la discriminación que estaban ejerciendo los y las profesionales disidentes sobre la revista, cuya participación sentían «estaba siendo sistemáticamente excluida» lo cual precipitó la ruptura (Jenny Miller, 2021, p. 12). A partir de entonces expacientes y expresas tomaron el control tanto de la MNN como de las Conferencias Anuales de Derechos Humanos y Opresión Psiquiátrica, que fueron coordinadas por el personal de MNN independientemente de la localización escogida e iban acompañadas anualmente de manifestaciones, hasta la discontinuación de ambas a mediados de los años 80 (Chamberlin, 1990; Jenny Miller, 2021).

Entre las principales editoras de la MNN tras la ruptura con los profesionales disidentes, figuraban cinco mujeres y un hombre: Jenny Miller, Dianne Walker, Kelso Walker, Tanya Temkin, Judy Hughes y Anne Bold (Jenny Miller, 2021, p. 3; Jenny Miller et al., 2021). A partir de 1976 la MNN pasó a cubrir el movimiento de expacientes y expresas convirtiéndose durante muchos años en «la voz del Movimiento americano de

⁴¹⁸ En el próximo capítulo veremos como el rechazo a la categoría de discapacidad/deficiencia *mental* será, junto a otras decisiones estratégicas, incluido el rechazo a la categoría de «enfermedad mental», el que fundamente la elección del término «discapacidad psicosocial» como categoría jurídica de reconocimiento elegida por usuarias y supervivientes de la psiquiatría durante las negociaciones que condujeron a la CDPD.

expacientes, una revista que publicó experiencias personales, escritura creativa, arte, teoría política y reportajes fácticos» (Chamberlin 1990, p. 327) en palabras de Miller: «la voz legendaria del movimiento de supervivientes de la psiquiatría» (Jenny Miller, 2021, p. 3).

La importancia de la NAPA en relación al movimiento norteamericano es evidente; introdujo la identificación de «expresas y expresos de la psiquiatría»; a) estaba vinculada espacialmente y por membresía a la MNN y la Conferencia Anual que ésta coordinaba cada año; (b) catalizó la emergencia del primer grupo constituido sólo por mujeres en 1975, la WAPA, a partir de una protesta que logró detener la administración forzosa del electroshock a una joven de 17 años en el Hospital Herrick de Berkeley a la que acudieron «muchas mujeres que no habían participado anteriormente» (Jenny Miller, 2021, p. 6); c) sus protestas en torno al ejercicio del «dominio profesional» propiciaron la salida de los y las profesionales de los dos medios de comunicación del movimiento, en 1976. Además, fue una organización muy efectiva a nivel local. Sus frecuentes protestas contra el tratamiento forzoso, el encarcelamiento en hospitales mentales, los trabajos forzados, el electroshock, la administración de drogas psicoactivas, la lobotomía... «ayudaron a acelerar la creación de un sistema estatal de defensa de los derechos de los pacientes, con una *Office of Patients' Rights* (Oficina de Derechos de los Pacientes) financiada por el gobierno en cada condado de California, llevaron a prohibir durante diez años el electroshock en la ciudad de San Francisco y detuvieron una planificación del gobierno de San Francisco orientada a reintroducir lobotomías en menores (Jenny Miller, 2021).

Jenny Miller (2021, p. 3), miembro de NAPA y del grupo editor de la MNN constata que el movimiento estadounidense tras la breve existencia del ILF y la catálisis que produjo el *Insane Manifesto*, se desprendió del posicionamiento de sujeto colectivo anticapitalista, hasta el punto de olvidar que éste había estado en su núcleo de emergencia. Miller afirmó que, aunque en las páginas de la MSN continuaron apareciendo «referencias ocasionales [...] a la conexión entre capitalismo y compañías farmacéuticas con fines de lucro»:

Los grupos autónomos de supervivientes de la psiquiatría se describen de forma extraña en Wikipedia como que tienen una perspectiva socialista humanista o están unidos con terapeutas marxistas radicales, de quienes supuestamente se separaron. Esto es pura fantasía. Temas como el socialismo humanista o el marxismo nunca fueron discutidos en las páginas de MNN o en los grupos autónomos de supervivientes que estuvieron conectados por la revista (Jenny Miller, 2021, pt. 3).

Del *Fish Pamphlet* a la progresiva disolución la *Mental Patients Union*: los comienzos en Reino Unido

En 1971, año en que se publicó el *Insane Manifesto* y en el que NU promulgó la DDRM, en Gran Bretaña, se estaba organizando una campaña contra el traspaso del *Paddington Day Hospital* a una institución psiquiátrica de carácter biologicista, el *St Mary's District Psychiatric Service* cuyo despliegue y victoria culminó en la constitución de la *Mental Patients Union* (MPU, 1973), y el primer «movimiento social» politizado y autogestionado por expacientes mentales en territorio británico (Crossley, 1999; Spandler, 2006).⁴¹⁹

El *Paddington Day Hospital* era una comunidad terapéutica pública, radicalizada y libertaria, que articulaba espacios de convergencia crítica y alternativas a los tratamientos biologicistas, y dónde confluían: el recién bautizado «movimiento de antipsiquiatría»,⁴²⁰ el movimiento de las comunidades terapéuticas y una emergente red de «pacientes mentales» (Spandler, 2006). La orden de traspaso se inscribió en una política nacional emergente de sectorización, cuyo objetivo era «incorporar las unidades psiquiátricas en los Hospitales Generales del Distrito», imponiendo el modelo de «ingreso y tratamiento medicalizado a corto plazo» que acabaría por triunfar a nivel global (Spandler, 2006, pp. 39-52). Esto iba en detrimento de los servicios «orientados a la psicoterapia comunitaria a largo plazo», cuya oposición al determinismo biológico, se estaba radicalizando y democratizando en Inglaterra desde mediados de los 60 (Spandler, 2006, pp. 39-52).⁴²¹

La campaña de oposición al traspaso del *Paddington Day Hospital* fue conducida entre 1971 y 1972, involucró tanto a «pacientes» como a «profesionales» desde su concepción y atrajo poderosamente a los medios de comunicación y a la politizada sociedad post-68, sensibilizada contra el enfoque biologicista por el oportuno éxito del

⁴¹⁹ Existe un archivo muy rico —tanto en términos de documentos históricos como en términos de memorias personales— de la historia del movimiento británico de personas psiquiatrizadas (expacientes, usuarias y supervivientes) con entradas también relativas a otros territorios y a los procesos de internacionalización, elaborado y gestionado por *Survivors History Group* (Grupo de Historia de Supervivientes). Éste grupo nació en abril del 2005 y está dirigido por «personas usuarias/supervivientes de servicios de salud mental que valoran la historia del movimiento de supervivientes» (Survivors History Group, 2011). Su archivo, del que me he valido, puede ser consultado en su web: Survivors History Group. (s. f.-k). *Survivors History - Archive*. Recuperado 1 de enero de 2021, de <http://studymore.org.uk/mpu.htm>

⁴²⁰ David Cooper, psiquiatra británico, fue quien introdujo el término oficialmente en el libro *Psychiatry and Anti-Psychiatry* publicado por primera vez en 1967. No obstante, muchos de quienes fueron socialmente asignados al «movimiento antipsiquiátrico» renegaron de dicha etiqueta, entre ellos Michel Foucault y Ronald Laing (Crossley, 1998).

⁴²¹ Las más emblemáticas fueron las comunidades terapéuticas dirigidas por Laing y por Cooper. Para un análisis sobre el movimiento de la antipsiquiatría de Inglaterra véase Crossley (1998).

film *Family Life* (1971) dirigido por Ken Loach (Spandler, 2006).⁴²² Llegó a reunir en el encuentro primaveral *Madness — a choice of treatment* (1972) a más de 900 personas (Crossley, 1999; Spandler, 2006). Pero lo más importante es que su despliegue, constituyó un espacio de tejido de redes, apasionados debates, y cambio «radical de habitus» —o agenciamiento colectivo— para aquellas personas asignadas al pasivo y medicalizado rol de «pacientes mentales» (Crossley, 1999; Spandler, 2006).⁴²³

Meses después de «la victoria», en diciembre de 1972 un grupo de protestantes puso en circulación una octavilla titulada *The Need for a Mental Patients Union* (La Necesidad de un Sindicato de Pacientes Mentales): cuya autoría incluyó a Eric Irwin, un «paciente» conocedor del marxismo, dos mujeres «profesionales» jóvenes —Lesley Mitchell y Liz Durkin— y un «activista local» —Brian Douieb— que no era expaciente, si bien en las reuniones de preparación, participaron también dos activistas (ex)pacientes, Valerie Argent y Andrew Roberts, cuyo interés residía más en el Sindicato que en el panfleto (Spandler, 2006, p. 53; Survivors History Group, s. f.-h). Esta octavilla fue conocida como *The Fish Pamphlet* (El Folleto del Pez) por la cita de apertura en honor al libro *The Human Mind* del psiquiatra Karl Menninger (1893-1990), propuesta por Irwin —el expaciente—, y la ilustración de Brian que lo abrió:

Un individuo que tiene dificultades inusuales para hacer frente a su entorno lucha y levanta el polvo [...] He utilizado la figura de un pez atrapado en un anzuelo: sus giros deben parecer peculiares para otros peces que no comprenden las circunstancias; pero sus salpicaduras no son su sufrimiento [*distress*], son su esfuerzo por librarse de su sufrimiento y, como todo pescador sabe, estos esfuerzos pueden tener éxito.

— Karl Menninger⁴²⁴

El panfleto se erguía desde una crítica a «las alternativas radicales» que se oponían a «las instituciones reaccionarias de la psiquiatría [...] ignorando el involucramiento de los pacientes» y apelaba a la movilización «del *poder del paciente* contra el psiquiatra y el hospital mental, agente y agencia de la clase dominante», a través de un «Sindicato [*Union*] de Pacientes Mentales políticamente organizado» (énfasis original, Eric Irwin

⁴²² La narrativa reflejaba los terribles efectos de esta política de trasposos/clausuras a través la vida de una mujer cuyo destino fue el electroshock; el propio Ken Loach estuvo involucrado en las protestas (Spandler, 2006).

⁴²³ Cabe mencionar que el *Paddington Day Hospital* cerró en 1976 tras las quejas de un numeroso grupo de pacientes a la administración. Este paradójico final aconteció tras el compromiso del equipo profesional con una aproximación psicoanalítica cuya particular estrategia de promoción de la politización/empoderamiento a través del cuestionamiento del rol de paciente/receptor de servicios pasaba por la retirada de prestaciones sociales y la patologización de las demandas y quejas de personas asistidas ante estas ofensivas, las cuales eran interpretadas como «relaciones requeridas». El *Paddington Day Hospital* acabó así desatendiendo la dimensión socio-estructural de desigualdad en la que los «requerimientos» estaban inscritos, desacreditó las voces de quienes buscaba politizar y traicionó el principio democratizador del que había partido (Spandler 2006, 68–86).

⁴²⁴ Citado en Irwin et al. (1972).

et al., 1972, párr. 1–4). El modelo social de la locura que articulaba este documento se inscribía, al igual que el *Insane Manifesto* (ILF, 1971), en una sucinta crítica a la institución psiquiátrica como uno de los «métodos de represión más sutiles en la sociedad capitalista avanzada», cuyo «Sumo Sacerdote» el psiquiatra, «exorciza a los “demonios” de la angustia social [*social distress*]» recurriendo a la «lobotomía», «el tratamiento de electrochoque» y «el uso intensivo de drogas que controlan la mente» (Eric Irwin et al., 1972, párr. 4); por lo que «el paciente mental es el sacrificio que haremos mientras sigamos sirviendo a los Dioses de la Religión Capitalista» (Eric Irwin et al., 1972, párr. 5). Así mismo, partiendo de la constatada relación positiva entre *pobreza y admisiones psiquiátricas* desplegó todo un análisis de «rutas» —potenciales e inducidas— a la «enfermedad mental» (trabajadores manuales; mujeres trabajadoras; desempleo; y clases medias). Destaca, en el contexto de la época, ya marcado por el emergente Movimiento de Liberación de la Mujer, el oportuno análisis de género:

Las *mujeres* trabajadoras están sujetas a esta locura impuesta [...] no solo sufren las mismas condiciones laborales que los trabajadores manuales, a menudo por un salario más bajo, sino que además se espera que actúen como esclavas de sus hijos y maridos (énfasis original, Eric Irwin et al., 1972, párr. 8).

El análisis de las rutas a la «enfermedad mental» finalizaba con la siguiente constatación, que da cuenta de los movimientos sociales más significativos con los que los autores y autoras se conectaban e identificaban:

Junto con otros grupos oprimidos, los pacientes a través de un SINDICATO DE PACIENTES MENTALES organizado deben tomar ACCIONES COLECTIVAS y realizar su PODER en la LUCHA DE CLASES, junto con las Organizaciones Sindicales [*Trade Unions & Claimants Unions*], el movimiento de Liberación de Mujeres, los Grupos de Panteras Negras, Grupos por los Derechos de los Prisioneros, etc. (énfasis original, Eric Irwin et al., 1972, párr. 14).

La octavilla, también propuso actividades de concienciación social, basadas en «exponer mitos», entre ellos; el del «tratamiento», un «castigo por la “desviación”»; el de la «rehabilitación», un «proceso que asegura el ajuste y la conformidad al sistema»; y el de la «psicoterapia» como posible «forma sutil de control» (Eric Irwin et al., 1972, pt. 1). Entre las demandas que articulaba *The Fish Pamphlet* (Eric Irwin et al., 1972) cabe resaltar «el derecho a rechazar el tratamiento» y la «campana por la abolición» entre otros, de; «las admisiones hospitalarias forzosas»; el «tratamiento de reclusión»; y los «tratamientos irreversibles» incluyendo «electrochoque, cirugía cerebral, drogas específicas, etc.», así como, los trabajos forzados. El panfleto proponía, además, *una alternativa* a autogestionar por la futura MPU; «centros de acogida/residencia, controlados por pacientes, retiros libres de “tratamiento” y “jerarquías”» (pt. 4) y una

utopía hacia la que dirigirse; «la eventual abolición de los hospitales psiquiátricos y la institución represiva y manipuladora de la psiquiatría» (pt. 3). La confluencia y superposición del *Fish Pamphlet* (Irwin et al., 1972) y el *Insane Manifesto* (ILF, 1971) en términos epistemológicos y de demandas políticas es incuestionable.

El *Fish Pamphlet* cumplió su propósito revolucionario catalizando el encuentro constituyente de la *Mental Patients Union* en 1973 como una coalición de ámbito nacional y voto restringido a pacientes y expacientes (Crossley, 2006; Hughes, 2006; Spandler, 2006).⁴²⁵ Sin embargo, la emergente MPU lo rechazó en el proceso constituyente como documento «fundacional» o «propio» debido a que «muchos pacientes» objetaron «el uso de ideas marxistas» y decidió crear su propia *Declaration of Intent* (Declaración de Intenciones) elaborada y votada exclusivamente por expacientes (Hughes, 2006, p. 2). Ésta omitió las referencias explícitas al capitalismo, pero conservó muchas de las demandas radicales y de la lectura estructural que animaba al *Fish Pamphlet*: en ocasiones, transponiendo frases y párrafos enteros.

La Declaración de Intenciones, despegó proclamando «la dignidad» de «los llamados pacientes mentales», desafiando «la práctica psiquiátrica represiva» y su «concepto de “enfermedad mental”» y constatando que «la situación espantosa de la “salud mental”» estaba principalmente causada por «los agudos problemas de vivienda, desempleo y desigualdad social» (MPU, 1973, párr. 1-2). Mantenía, entre otras, las críticas previas al «tratamiento», la «rehabilitación» y la «psicoterapia», también el «derecho a rechazar cualquier tratamiento» y las demandas de «abolición» del «internamiento» y «tratamiento forzoso», de los «tratamientos psiquiátricos irreversibles» y del «trabajo forzoso» antes mencionados. Además, se comprometía con defender el derecho a la vivienda y las prestaciones sociales de «cualquier persona que esté en riesgo [inducido por la sociedad] de convertirse en paciente mental» (pt. 11); añadía una mención a «los derechos humanos», una demanda de democratización del conocimiento, «el derecho a conocer los efectos a largo plazo de los tratamientos»; y aseguraba el apoyo del estado a las crisis mediante «el derecho a recibir cualquier tratamiento que creamos que nos ayudará» (pt. 10).

La Declaración cerró su último párrafo con la reformulación de la utopía: «la eventual abolición de los hospitales mentales y la institución de la psiquiatría represiva y

⁴²⁵ El encuentro que tuvo lugar en marzo del 1973 se tituló *Is psychiatry social repression? The case for a Mental Patients Union*. A éste acudieron más de 100 pacientes y expacientes (Spandler, 2006). Es, si más no curioso que David Cooper, reconocido antipsiquiatra, se registrase como miembro «completo» de la MPU por sus experiencias en Argentina —relacionadas con el alcoholismo— durante un corto tiempo, desde enero del 1975 y antes cambiar su residencia a París (Crossley, 2006, p. 136).

manipuladora» será posible «solo si la sociedad cambia radicalmente» porque «lo que se conoce como “enfermedad mental” es un síntoma de una sociedad defectuosa y enferma» (MPU, 1973).

El proceso constituyente reveló que ya existían otras MPUs, entre ellas la *Scottish Union of Mental Patients* (1971) y propulsó su multiplicación heterogénea por el territorio nacional. Algunas de estas MPUs como las de —Hackney y Manchester— dirigieron casas de crisis para sus miembros, llevando a la práctica la alternativa autogestionada para el acompañamiento a las crisis; además, entre otras muchas acciones, el movimiento dio lugar a la elaboración de un extenso y completo «directorio de los efectos secundarios de las drogas psiquiátricas» (Hughes, 2006, p. 4). En 1974, el segundo encuentro anual de la MPU —que había experimentado un rápido y heterogéneo crecimiento— dio lugar a la fundación de la *Federation of Mental Patients Union's* (FMPU, Manchester, 1974) con centro coordinador en Hackney (Londres). Allí se decidió que las distintas células locales de la MPU serían «libres» de armar su propio documento fundacional seleccionando o añadiendo demandas al original (Crossley, 2006; Hughes, 2006; Past Tense, 2016).

Nick Crossley (2006), quien ha realizado exhaustivos análisis sobre el discurrir del movimiento británico de expacientes, usuarias y supervivientes, afirmó que la formación de la Federación se explica por un «choque de culturas» atravesado por el conflicto respecto al posicionamiento marxista, que ya se había puesto en evidencia en el encuentro constituyente. Al parecer, la ideología y la práctica de la «célula» fundacional del MPU que elaboró el *Fish Pamphlet*, resultaba ajena a muchas de las organizaciones y membresías articuladas a su alrededor. Crossley interpretó la decisión de fundar la FMPU del siguiente modo:

Las tensiones y los desacuerdos fueron tales que, tras una segunda reunión general anual (AGM) en Manchester en marzo de 1974, se decidió que el MPU debería convertirse en una federación flexible de grupos locales autónomos en lugar de una organización centralizada. Estos grupos locales estarían conectados a través de un boletín regular, AGM y conferencias, pero serían libres de establecer sus propias agendas con respecto a la ideología, tácticas y actividades. La solidaridad mecanicista del comité organizador, basada en la similitud de creencias y enfoques, dio paso, si no a la solidaridad orgánica, al menos a un acuerdo liberal en el que se compartían algunos puntos en común y los grupos locales “acordaban estar en desacuerdo” sobre todo lo demás (Crossley, 2006, p. 139).

A partir de este momento, según Crossley, MPU empezó a decaer: «la mayoría de las células MPU se habían extinguido a mediados de la década de 1970, junto con los canales

de red formales que las conectaban» (Crossley, 2006, p. 139).⁴²⁶ Las organizaciones más activas posteriormente y hasta la primera mitad de los años 80 recuperaron abiertamente el posicionamiento marxista del *Fish Pamphlet* y fueron de *carácter mixto* y no autogestionado por expacientes. El proceso fue gradual. Según Crossley, en 1973 — año en que se fundó la MPU— un grupo «disidente» de ésta había involucrado al «paciente» icónico, fundador del *Fish Pamphlet* y de la MPU, Eric Irwin, quien «estaba descontento con las prácticas organizativas de la MPU, que encontraba demasiado “burocráticas”» (Crossley, 2006, p. 153). Este grupo disidente, marxista, antipsiquiátrico y de carácter *mixto*, emergió con el nombre de *Community Organization for Psychiatric Emergencies* (COPE: Organización Comunitaria para Emergencias Psiquiátricas) y estaba localizado al oeste de Londres, en sus dependencias también se situó la emergente MPU local —*West London MPU*— que lideraba Eric Irwin (Crossley, 2006; Hughes, 2006). COPE gestionó un centro de crisis en vinculación con el movimiento okupa —al igual que otras MPUs— pero incorporaba la participación de profesionales de la psiquiatría y la psicología —a elección de la persona— mientras esperaba romper la división entre «personal y paciente» y subvertir la relación económica, y también trataba de proveer vivienda a corto plazo; Eric Irwin dispuso allí de un espacio propio y era consultado con fines de referencia (Crossley, 2006; Hughes, 2006; Survivors History Group, s. f.-a).

Al parecer 1976 fue también un año clave para el movimiento de expacientes británicos, en un sentido muy distinto a como lo fue para el movimiento estadounidense. Ese año, la Hackney MPU coordinadora de la Federación nacional cerró (Hughes, 2006) y COPE se refundó bajo el nombre de PROMPT (*Protection for the Rights of Mental Patients in Treatment*),⁴²⁷ también como un grupo mixto. Su fundador Julian Barnett, no era expaciente, sino alguien que quería hacer campaña sobre esos temas (Hughes, 2006). PROMPT se dedicó fundamentalmente a hacer campaña contra la lobotomía — la cual fue prohibida—, el electroshock y las drogas psicoactivas, así como a asesorar telefónicamente a (ex)pacientes en dificultades con su tratamiento o condiciones de vida (Survivors History Group, s. f.-g): uno de sus miembros más activos fue Eric Irwin, el expaciente icónico (Hughes, 2006). Esta organización empleó el logo de la MPU (una cabeza atrapada en la telaraña), reimprimió varias publicaciones de la MPU con adiciones propias y elaboró su propio directorio sobre los efectos de las drogas

⁴²⁶ Sin embargo, alrededor de 1979, la *Manchester Mental Patients' Union* continuaba activa y publicó un libro titulado *Your Rights in Mental Hospital — A Mental Patients' MPU Pamphlet* (Survivors History Group, s. f.-j).

⁴²⁷ Protección de los Derechos de las Pacientes Mentales en Tratamiento.

psicoactivas, bautizándolo: *Anti-Psychiatry Drugs Directory* (*Directorio de Drogas Antipsiquiátrico*) (Hughes, 2006; Survivors History Group, s. f.-e).

Abolición vs. Acceso: comunales y diferencias de partida

Hasta aquí podemos extraer algunas conclusiones. A nivel comparativo son evidentes las similitudes entre el *Insane Manifesto* (ILF, 1971) estadounidense y el *Fish Pamphlet* (Eric Irwin et al., 1972) británico, aunque sus contextos de emergencia y producción fueron dispares, y la diferencia fundamental que los atravesó tuvo continuidad en los despliegues iniciales de los movimientos de expacientes. En este sentido cabe destacar el hecho de que el *Insane Manifesto* fue producido íntegramente por expacientes, mientras que en el caso del *Fish Pamphlet*, de los cinco coautores tan sólo uno, Irwin, era expaciente. No obstante, ambos: a) actuaron como documentos seminales que catalizaron los comienzos de los movimientos de expacientes en EEUU y Reino Unido; b) se irguieron desde una sucinta crítica al capitalismo, planteando un modelo social de la locura en el que los problemas o comportamientos catalogados de «enfermedad mental» —una categoría profundamente rechazada— y tratados de forma individualizante eran conceptualizados como una expresión de rebeldía y lucha subjetiva contra una organización social capitalista, inhumana, competitiva, explotadora, etc. ; c) lanzaron la misma propuesta *autogestionada* y de apoyo mutuo como alternativa al encarcelamiento en hospitales mentales; d) se posicionaron contra prácticamente las mismas prácticas brutales, lobotomía, electrochoque, trabajos forzosos y drogas psicoactivas; e) identificaron como target principal al psiquiatra en tanto Dios al servicio de la (re)producción del capitalismo, y: d) establecieron la abolición del sistema psiquiátrico y de los hospitales mentales como *utopía*.

En lo relativo a los despliegues iniciales de estos dos movimientos de personas psiquiatrizadas podemos señalar; a) ambos estuvieron inicialmente apoyados por profesionales disidentes, dando lugar a resultados dispares en torno a una misma fecha 1976. En el caso estadounidense ésta inauguró la estrategia separatista y de autorrepresentación, y en el caso británico el inicio de la disolución progresiva de las MPU, en favor de la continuidad del modelo mixto, antipsiquiátrico y marxista con el que se involucró el líder histórico de expacientes, Eric Irwin; b) a nivel de liderazgo el movimiento norteamericano destacó, en contraste con el británico que lo personalizó mucho en Irwin (Crossley, 2006), por la descentralización y la mayoritaria representación de mujeres; c) con respecto a la ideología marxista, mientras en EEUU el temprano olvido de ésta en favor de la demanda de derechos civiles y de la expansión

del movimiento no causó conflicto aparente, en Gran Bretaña el despliegue del movimiento y la progresiva disolución de las MPUs, estuvo directamente conectado con la continuidad de Erwin en el apoyo al modelo mixto, anti psiquiátrico y marxista.

Permítaseme hacer un paréntesis para situar una línea de fuga que ha quedado fuera del marco territorial de este análisis, relativa al rotundo rechazo de la categoría de «enfermedad mental», que caracterizó los inicios del movimiento en el eje Norteamérica-Gran Bretaña, y —como veremos— acabará por triunfar como estrategia de lucha dominante en el despliegue internacional del movimiento hasta nuestros días. En Heidelberg, Alemania, el primer colectivo del movimiento, *Sozialistisches Patientenkollektiv* (SPK: Colectivo de Pacientes Socialistas), cuya actividad comprendió el periodo que fue de 1970 a 1971, nació también arraigado a una epistemología marxista y en vinculación con un profesional disidente. No obstante, entre otros se caracterizó por el intento —al parecer bastante único, temprano y fugaz— no de rechazar, sino de *politizar* la «enfermedad mental» y «convertirla en un arma» de lucha contra la «sociedad capitalista» (Spandler, 1992).⁴²⁸

Volviendo a nuestro eje de análisis cabe señalar que pese a las importantes diferencias en los niveles de organización, liderazgo y derivas entre los primeros movimientos estadounidense y británico de expacientes, es evidente lo *común* que los diferenció de los movimientos de personas discapacitadas que acontecían en paralelo, y con los cuales no se identificaron. Entre estos comunes cabe destacar: (a) la primacía del *principio de abolición*, de los internamientos y tratamientos forzosos, de los hospitales mentales, y en su mayor radicalidad de la psiquiatría misma, vs. la primacía del *principio de acceso* entendido como política positiva de inclusión y participación en el empleo, la educación, la cultura y todas las esferas de la vida normal; (b) la autodeterminación opera así en un caso por oposición al sistema psiquiátrico-jurídico como igualdad ante la ley; y en el otro caso por oposición al sistema rehabilitador paternalista en tanto autorrepresentación y participación en la toma de decisiones políticas orientadas a eliminar las barreras y sellar el control de la propia vida independiente; (c) el modelo social *inductivo* parte en un caso del rechazo de las categorías de *enfermedad* y *deficiencia mental* y de la denuncia de las condiciones políticas que causan la locura y el sufrimiento psíquico, y en el otro de la naturalización de la *deficiencia*, entendida como una anomalía biológica del cuerpo mecánico y funcional, cuyo componente de inducción social señala a las barreras

⁴²⁸ Existe traducción al inglés del libro más influyente del SPK, publicado originalmente en 1972 en alemán con el título *SPK – Aus der Krankheit eine Waffe machen* (SPK – Convertir la enfermedad en un arma). Éste cuenta con un Prólogo de Jean Paul Sartre (Socialist Patients' Collective, 1993). Recomendando, para profundizar en la interesantísima historia de SPK el análisis de Spandler (1992).

arquitectónicas, culturales y comunicativas que *discapacitan* a las personas con deficiencias; (d) en última instancia estos movimientos de expacientes habitaron una dirección diametralmente opuesta a las declaraciones de Naciones Unidas sobre discapacidad que establecían un estado de excepción jurídico para la deficiencia mental (DDRM y DDI), mientras el movimiento de la discapacidad emergió en amplia sintonía con éstas, a partir del énfasis compartido en los principios de *acceso y participación* plena, y del no cuestionamiento —o paternalismo compartido— respecto al estado de excepción jurídico que afectaba a la categoría de deficiencia/discapacidad mental.

No obstante, lo anterior señala también comunales entre estos primeros movimientos de expacientes y de personas discapacitadas que, al fin y al cabo, encarnaron la común asignación por parte de las instituciones de gobierno a un estatuto de humanidad defectuosa e incompleta. Estas comunales abarcaron (a) el común rechazo para sí a las formas de vida institucionalizadas; (b) la puesta en cuestión de un poder médico y paternalista —psiquiátrico o rehabilitador—; (c) la demanda de la autodeterminación, la reivindicación del saber nacido de la propia experiencia y las formas organizativas de la autogestión y del apoyo mutuo.

En última instancia dichas comunales y diferencias reflejan movimientos que se levantaron contra dispositivos de opresión médica, a su vez, altamente diferenciados y específicos en función del binarismo cartesiano entre lo *físico*, esto es, el cuerpo-máquina o cuerpo biomédico, y lo *mental*, la sede de la razón —de la psique, del alma— encargada de disciplinarlo y gobernarlo.

Naciones Unidas y la disputada «protección» de las personas detenidas por «mala salud mental»

La «libertad de conciencia» y el naciente interés por proteger a la disidencia política detenida en instituciones psiquiátricas

A partir de 1977 y en paralelo a las resoluciones y programas de Naciones Unidas sobre discapacidad, que incluían a la «locura» bajo la rúbrica de la «discapacidad/deficiencia mental» sin serle específicas, Naciones Unidas empezó a interesarse específicamente por la detención de las personas en base a una «enfermedad mental» o un «trastorno mental». El 11 de marzo del 1977, como parte del trabajo vinculado a la Declaración sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en interés de la paz y en beneficio de la humanidad (1975),⁴²⁹ la Comisión de Derechos Humanos del Consejo Económico y Social, requirió a la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías que estudiara la cuestión de la protección de las personas detenidas por motivos de mala salud mental con miras a formular directrices.⁴³⁰ Esta petición tuvo como desencadenante, no la movilización política de expacientes y expresas de la psiquiatría, sino la movilización generalizada que se desencadenó en el interior de las Asociaciones de profesionales de la salud mental a partir de la declaración aprobada por el Consejo Ejecutivo de WFMH el 25 de noviembre del 1971, relativa a la «libertad de conciencia», que condenó el uso de la psiquiatría en la Unión Soviética y fue, como ha mostrado Eugene Brody (1998, p. 354) —uno de sus presidentes de la WFMH y su principal historiador— el evento que inauguró la abogacía de la WFMH en materia de «derechos humanos [...] 23 años después de su fundación». La declaración promulgó:

Hay muchas definiciones de salud mental, pero una cosa que todas tienen en común es el reconocimiento de la libertad de opinión de cada hombre, que se basa en la libertad de conciencia, es decir, su derecho a mantener y afirmar sus valores morales personales. [...] la privación de esta libertad es tanto una afrenta a la dignidad humana como una forma grave de crueldad mental. [...] En los últimos años, ha habido numerosas acusaciones públicas sobre el abuso actual de los diagnósticos psiquiátricos, el “tratamiento” psiquiátrico y el internamiento forzoso en instituciones psiquiátricas de personas cuyos únicos “síntomas” han sido la manifestación de opiniones desaprobadas por su sociedad. Estas acusaciones se han dirigido en particular —aunque no exclusivamente— contra el supuesto encarcelamiento de disidentes políticos en hospitales psiquiátricos penitenciarios de la URSS. La *World Federation for Mental Health* se opone resueltamente a cualquier abuso de este tipo de los procedimientos psiquiátricos y hace

⁴²⁹ Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 3384 (XXX), de 10 de noviembre de 1975.

⁴³⁰ UN. Commission on Human Rights. (1977). Resolution on Human rights and scientific and technological developments, adopted at the 1426th meeting, 11 March 1977.

un llamamiento a sus Asociaciones Miembros de todo el mundo para que investiguen sin demora todas las acusaciones de este tipo y defiendan la libertad de opinión del individuo cuando parezca estar amenazada [...] también hace un llamamiento a los profesionales de la salud mental y a los gobiernos de los países en los que no existen Asociaciones voluntarias de Salud Mental para que investiguen todas las acusaciones de uso indebido de procedimientos psiquiátricos con fines políticos, y para que demuestren convincentemente al mundo que tales prácticas no se consienten en principio ni se permite que continúen donde se demuestre que se han producido.⁴³¹

En respuesta a la petición de la Comisión de Derechos Humanos que fue aprobada por la Asamblea General en 1979, Erica Irene Daes (1925-2017), en calidad de Relatora Especial de la Subcomisión, elaboró un informe preliminar sobre «la protección de las personas detenidas por motivos de mala salud mental o que padezcan un trastorno mental» (Daes, 1981).⁴³² A éste le siguió el informe definitivo que Daes publicó el 30 de junio del 1983, ya iniciado el Decenio de los Impedidos. No obstante, las directrices relativas a esta cuestión específica al poder psiquiátrico y a las personas detenidas por atribución de «enfermedad o trastorno mental» tardaron en conjunto más de 14 años en resolverse, y comprendieron prácticamente todo el Decenio para los Impedidos. El proceso concluyó el 17 de diciembre de 1991, cuando la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó, sin votación, los Principios para la Protección del Enfermo Mental y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (PPEMSM, 1991).

En ese largo periodo no fue consultada ni una sola organización íntegramente autogestionada por personas psiquiatrizadas. Sin embargo, sí podemos traer aquí su voz. Mientras Daes elaboraba su informe definitivo, tuvo lugar en Toronto, Canadá, la *Décima Conferencia Anual Internacional sobre Derechos Humanos y Opresión Psiquiátrica*, que aglutinaba a los miembros del movimiento norteamericano de persona psiquiatrizadas. En esta Conferencia se aprobó una Declaración de Principios con 30 puntos que hablan por sí mismos, icónica del movimiento de expacientes y expresas, y que me permitiré citar ampliamente:

1. Nos oponemos a la intervención psiquiátrica involuntaria, incluido el internamiento civil y la administración de procedimientos psiquiátricos (“tratamientos”) por la fuerza o mediante coacción o sin consentimiento informado.
2. Nos oponemos a la intervención psiquiátrica involuntaria porque es una negación no ética e inconstitucional de la libertad, del debido proceso y del derecho a que te dejen en paz.
3. Nos oponemos a la intervención psiquiátrica involuntaria porque es una violación del derecho del individuo a controlar su propia alma, mente y cuerpo.

⁴³¹ News from the World Federation for Mental Health: Freedom of Conscience statement. (1972), *Mental Health Digest*, 4(5), p. 47.

⁴³² Titulado: *Guidelines and principles for the protection of persons detained on the grounds of mental ill-health or suffering from mental disorder: preliminary report* (Directrices y principios para la protección de las personas detenidas por motivos de mala salud mental o que padezca un trastorno mental: informe preliminar)

4. Nos oponemos a los procedimientos psiquiátricos forzados, como el electroshock, la administración de drogas, la psicocirugía, las contenciones, el aislamiento y la “modificación aversiva de la conducta”.
5. Nos oponemos a los procedimientos psiquiátricos forzados porque humillan, debilitan, lesionan, incapacitan y matan a las personas.
6. Nos oponemos a los procedimientos psiquiátricos forzados porque son, en el mejor de los casos, charlatanería y, en el peor, torturas, que pueden causar y causan daños graves y permanentes al ser total de las personas sometidas a ellos.
7. Nos oponemos al sistema psiquiátrico porque es inherentemente tiránico.
8. Nos oponemos al sistema psiquiátrico porque es una fuerza policial paralela extralegal que reprime la disidencia cultural y política.
9. Nos oponemos al sistema psiquiátrico porque castiga a las personas que han tenido o afirman haber tenido experiencias espirituales e invalida dichas experiencias definiéndolas como “síntomas” de “enfermedad mental”.
10. Nos oponemos al sistema psiquiátrico porque utiliza las apariencias de la medicina y la ciencia para enmascarar la función de control social a la que sirve.
11. Nos oponemos al sistema psiquiátrico porque invalida las necesidades reales de los pobres al ofrecer asistencia social bajo el disfraz de “atención y tratamiento” psiquiátricos.
12. Nos oponemos al sistema psiquiátrico porque se alimenta de los pobres e impotentes, los ancianos, las mujeres, los niños, las minorías sexuales, las personas de color y los grupos étnicos.
13. Nos oponemos al sistema psiquiátrico porque crea una clase estigmatizada de la sociedad que es fácilmente oprimida y controlada.
14. Nos oponemos al sistema psiquiátrico porque su creciente influencia en la educación, las prisiones, el ejército, el gobierno, la industria y la medicina amenaza con convertir la sociedad en un estado psiquiátrico formado por dos clases: quienes imponen el “tratamiento” y a quienes se les impone o están en riesgo de que se les imponga.
15. Nos oponemos al sistema psiquiátrico porque es aterradoramente similar a la Inquisición, la esclavitud y los campos de concentración nazis.
16. Nos oponemos al modelo médico de “enfermedad mental” porque justifica la intervención psiquiátrica involuntaria, incluida la drogadicción forzosa.
17. Nos oponemos al modelo médico de “enfermedad mental” porque engaña al público para que busque o acepte un tratamiento “voluntario”, fomentando la noción de que los problemas humanos fundamentales, ya sean personales o sociales, pueden resolverse por medios psiquiátricos/médicos.
18. Nos oponemos al uso de términos psiquiátricos porque sustituyen el inglés llano por el argón y son fundamentalmente estigmatizantes, degradantes, acientíficos, mistificadores y supersticiosos. Ejemplos: Recluso psiquiátrico —> Paciente mental; Institución psiquiátrica —> Hospital mental/centro de salud mental; [...] Procedimiento psiquiátrico —> Tratamiento/terapia; Dificultades personales o sociales para vivir —> Enfermedad mental; Característica o rasgo socialmente indeseable —> Síntoma; Drogas —> Medicación [...].
19. Creemos que las personas deben tener derecho a vivir de la manera o con el estilo de vida que elijan.
20. Creemos que los pensamientos y/o intentos suicidas no deben tratarse como una cuestión psiquiátrica o legal.
21. Creemos que la supuesta peligrosidad, ya sea para uno mismo o para los demás, no debe considerarse motivo para denegar la libertad personal, y que sólo los actos delictivos probados deben ser la base de dicha denegación.
22. Creemos que las personas acusadas de delitos deben ser juzgadas por sus presuntos actos delictivos con las debidas garantías procesales, y que a los profesionales psiquiátricos no se les debe otorgar la condición de testigos expertos en procesos penales o tribunales de justicia.
23. Creemos que no debe haber intervenciones psiquiátricas involuntarias en las prisiones y que el sistema penitenciario debe reformarse y humanizarse.
24. Creemos que mientras se restrinja injustamente la libertad de un individuo, nadie es verdaderamente libre.

25. Creemos que el sistema psiquiátrico es, de hecho, un programa de pacificación controlado por psiquiatras y apoyado por otros profesionales de la salud mental, cuya función principal es persuadir, amenazar u obligar a las personas a ajustarse a las normas y valores establecidos.
26. Creemos que el sistema psiquiátrico no puede reformarse, sino que debe abolirse.
27. Creemos que deben fomentarse y apoyarse ampliamente las redes voluntarias de comunidad alternativas al sistema psiquiátrico. Alternativas como los grupos de autoayuda o apoyo mutuo, los grupos de defensa/derechos, las casas cooperativas, los centros de crisis y los centros de acogida deben ser controlados por los propios usuarios para atender sus necesidades, garantizando al mismo tiempo su libertad, dignidad y respeto por sí mismos.
28. Exigimos el fin de la intervención psiquiátrica involuntaria.
29. Exigimos libertad individual y justicia social para todos.
30. Nos proponemos hacer realidad estas palabras y no descansaremos hasta conseguirlo (10th ICHRP, 1982, pp. 2-7).

La lentitud con la que Naciones Unidas resolvió la cuestión de la «protección» de las personas detenidas por motivos de «mala salud mental», indica por sí misma lo profundamente antagonizado que estaba el campo. El informe de Daes (1983) atestigua, como la Declaración anterior de expacientes y expresas, que el problema era la impunidad de la violencia generalizada que se practicaba contra quienes eran detenidos y detenidas en instituciones psiquiátricas, agravada por los «avances científicos y tecnológicos», esto es los «tratamientos somáticos», forzosos y a menudo de efectos irreversibles que estaban a la orden del día —electrochoque, lobotomía y administración de neurolépticos—.

cada vez es más evidente que algunos avances tecnológicos y científicos tienen efectos adversos y, en ciertos casos, suponen una amenaza para la integridad física e intelectual de los seres humanos. Por consiguiente, en tales casos los seres humanos necesitan urgentemente la protección eficaz de la comunidad. Por ejemplo, se han producido abusos de los avances tecnológicos y científicos modernos que no concuerdan con la terapia médica tradicional o son incompatibles con los derechos humanos básicos. En este sentido, los órganos y organismos competentes de las Naciones Unidas han emitido informes con el objetivo principal de proteger a los seres humanos de determinados avances científicos y tecnológicos o de su uso indebido (Daes, 1983, p. iii).

No obstante, el problema fue planteado desde el principio, en consonancia con la Declaración sobre la libertad de conciencia de la WFMH, principalmente en lo que respecta al «panorama sombrío de los cientos de personas inocentes y *en su sano juicio* recluidas en diversos tipos de hospitales psiquiátricos y prisiones y sometidas al abuso del tratamiento psiquiátrico», es decir, con respecto a aquéllas que debían ser consideradas *sanas* y erróneamente «a causa de sus opiniones políticas [...] y otros motivos no médicos» habían sido «diagnosticadas como “enfermas mentales”», hospitalizadas en contra de su voluntad y sometidas a «importantes violaciones de los derechos humanos» (Daes, 1983, p. iii). Como dirá Bordy (1998, p. 355) en lo que respecta a la «errónea certificación de enfermedad mental» (Brody, 1998, p. 355). Esta

fue la posición tibia que defendió Daes como Relatora, en sintonía también con los informes de la OMS y otras agencias intergubernamentales, regionales y nacionales, a pesar de que las acusaciones eran sumamente graves y los horizontes mucho más amplios:

Se sostiene, *inter alia*, que: (a) el ingreso y la detención involuntarios en hospitales psiquiátricos son injustificables y deben ser abolidos (b) en varias partes del mundo se producen abusos de ingreso y detención involuntarios en hospitales psiquiátricos, especialmente contra personas que defienden las libertades fundamentales y ejercen sus derechos humanos; (c) el maltrato psiquiátrico es un abuso siniestro de la tecnología científica y médica; (d) se utilizan drogas para torturar a las personas diagnosticadas como enfermas mentales; [...] (h) es cierto que, *en determinadas circunstancias, el ingreso, la detención y el tratamiento involuntarios de personas por motivos de enfermedad mental están justificados* [...]; (i) por lo tanto [...] deben adoptarse principios, directrices, procedimientos, enfoques y garantías jurídicas nuevos o adicionales a escala internacional, regional, nacional y local (énfasis mío, Daes, 1983, p. iii).

Aun así el informe «suscitó muchas críticas por parte de las organizaciones psiquiátricas», las cuales «consideraban que podía dañar los derechos de los pacientes, su acceso a un tratamiento adecuado, su confianza en la profesión médica y la capacidad de ésta para ayudarles: la mayoría de los críticos consideraban que su publicación era prematura» (Brody, 1998, p. 356). Diríase que el informe, aunque no proponía acabar con el estado de excepción —sino añadirle más garantías y salvaguardas jurídicas ilusorias— fue percibido como una amenaza por la comunidad psiquiátrica dado que publicitaba las graves formas de violencia y vulneraciones de derechos humanos que acontecían por todo el mundo en las instituciones psiquiátricas, además de las investigaciones y debates provenientes de la antipsiquiatría y las ciencias humanas críticas que la deslegitimaban en tanto medicina (Daes, 1983).

Al informe de Daes contribuyeron muy diversas organizaciones de la sociedad civil, aunque insisto ninguna autogestionada exclusivamente por personas psiquiatrizadas.⁴³³ Entre las contribuciones que Daes recibió, y resumió en el cuerpo de su informe, me gustaría destacar dos, aquéllas que visibilizan las posiciones más antagónicas. En un extremo, se situaba la *World Medical Association* (WMA: Asociación Médica Mundial).

⁴³³ Las organizaciones de la sociedad civil que contribuyeron al informe —y cuyas contribuciones fueron resumidas por Daes (1983)— fueron: *The International Association of Penal Law and the International Commission of Jurists*; *Amnesty International*; *The World Medical Association*; *The International Federation of Human Rights and the World Federation of Neurology*; *The Citizen's Commission on Human Rights*; *The New Life Psychiatric Rehabilitation Association* (Hong Kong); *The World Federation for Mental Health*; *Commonwealth Medical Association* (Asia Region); *The American Psychological Association*; *Commission suisse pour la protection des droits de l'homme contre les abus psychiatriques*, y; *The International League for Human Rights*; *Association pour les droits des usagers de la psychiatrie*. A ésta última nos referiremos en adelante.

Ante las profundas problematizaciones que atañían a la psiquiatría, ésta adoptó una posición corporativista y defensiva que señalaba la generalizada «confusión entre tratamiento y castigo, médico y juez», intrínseca al núcleo de poder soberano del dispositivo psiquiátrico, con el único fin de deslegitimar a las gentes que la denunciaban y afianzar la autoridad de «los especialistas [...] competentes en la materia» (Daes, 1983, párr. 123). En esta línea la WMA también criticó a:

Los movimientos filosófico-político-místicos de los años sesenta [que] afectaron tanto a la medicina como a la psiquiatría, que está más expuesta que ninguna otra rama de la medicina a los vientos del cambio social [...] y el entusiasmo de la juventud que] desconociendo los problemas específicos del paciente psiquiátrico y las realidades económicas y sociales de la rehabilitación, ha llegado a negar la existencia de la enfermedad mental para perseguir el mito de la eliminación total de los hospitales psiquiátricos. Bajo estas consignas y teorías parecen esconderse los signos de una verdadera lucha de poder que indican que nuestra sociedad aún no ha asimilado ciertas nuevas ramas del saber (citado en, Daes, 1983, párr. 123).

Nunca mejor dicho una lucha en torno a la recursividad entre el poder y el saber psiquiátrico. En el otro extremo, se situó la contribución de la *Commission suisse pour la protection des droits de l'homme contre les abus psychiatriques*,⁴³⁴ la cual trasladó la declaración aprobada por la Conferencia Internacional organizada por la *Citizens' Commission on Human Rights* (CCHR: Comisión Ciudadana de Derechos Humanos) en la que había participado, y que se celebró del 27 al 28 de junio del 1981 en Zurich (Suiza), bajo el título *Psychiatry against Human Rights* (La Psiquiatría contra los Derechos Humanos) (Daes, 1983, párr. 137).

Suiza estaba por entonces sumida en una crisis de la psiquiatría institucional sin precedentes que cabe situar. La Conferencia de la CCHR tuvo lugar un año después de que hubiera acontecido el hecho desencadenante, la muerte de un activista psiquiatrizado —Alain Urban— de la *Association pour les droits des usagers de la psychiatrie* (ADUPSY) asentada en Suiza. Alain Urban fue hallado muerto en su celda quince días después de ingresar en la clínica psiquiátrica de Bel-Air, el 29 de junio 1980, efectivamente asesinado mediante la administración de una «cura de sueño» contra su voluntad (Stucki, 2021).

⁴³⁴ Esta comisión estaba asentada en Zurich y su nombre alemán era *Schweizerische Kommission zum Schutz vor Verstößen der Psychiatrie gegen Menschenrechte* (Comisión Suiza para la Protección contra las Violaciones de los Derechos Humanos por la Psiquiatría). Forma parte de la CCHR, que fue cofundada en EEUU en 1969 por la Iglesia de la Cienciología y Thomas Szasz como organización independiente dedicada a denunciar los abusos de los derechos humanos en la psiquiatría, y experimentó un proceso de internacionalización. Actualmente, según la web de la oficina de Suiza, cuenta con 275 miembros en 34 países. Véase: <https://ccdh.ch/qui-sommes-nous/>

ADUPSY era una organización de carácter mixto que contaba con la participación de profesionales diversos del campo de la salud mental, personas usuarias y expertos en abogacía. Fue creada el 21 de abril de 1978 en Ginebra, al finalizar una reunión de la *Réseau international d'alternative à la psychiatrie* (Red Internacional de Alternativas a la Psiquiatría), colectivo creado en Bruselas en 1975 en torno a Mony Elkaïm (1941-2020) al que pertenecieron diversas personalidades vinculadas a la antipsiquiatría —y a la crítica a la psiquiatría— preocupadas por pensar alternativas al hospital psiquiátrico y a la naciente psiquiatría de sector, entre ellas, Giovanni Jervis, Félix Guattari, Robert Castel, Franco Basaglia, Stanislas Tomkiewicz, Ronald Laing y David Cooper (Dotti, 2015; Rebetez, 2014; Stucki, 2021).

ADUPSY también contribuyó al informe de Daes, y según ésta se centró en la crítica a la ley de Ginebra sobre el régimen de los enfermos mentales (del 14 de marzo de 1936), los internamientos involuntarios y tratamientos forzosos constantes que se producían en la clínica psiquiátrica de Bel-Air, y en el mal funcionamiento de la Junta de Vigilancia Psiquiátrica un órgano «que se creó para proteger al paciente contra cualquier abuso de la autoridad médica [y] ha estado actuando principalmente en la línea de proteger a la sociedad contra ciertas personas a las que estigmatiza» (citado en, Daes, 1983, párr. 135).⁴³⁵

En la Conferencia de la CCHR, que aconteció casi exactamente un año después de que hallaran muerto a Alain Urban, participaron «400 delegados, psiquiatras, médicos y políticos» que el 28 de junio del 1981, en Zurich, adoptaron una resolución. Ésta operaba en dos planos, el de lo deseable y el de lo que se consideraba en aquellos momentos realizable:

1. Creemos que la evolución de lo que va a ser la ciencia de la curación mental hacia un enfoque más humano de la atención a los perturbados mentales, incluyendo una mayor conciencia y responsabilidad de la comunidad sobre el problema, verá la desaparición de tratamientos bárbaros como los tratamientos de choque eléctrico y de insulina y la psicocirugía. Sin embargo, por el momento, sólo podemos condenar y exigir la abolición por ley de tales tratamientos de carácter irreversible, así como de los tratamientos forzados en general.
2. Creemos que la misma evolución verá la abolición de los internamientos involuntarios en instituciones psiquiátricas a través del desarrollo de alternativas que preserven la integridad humana y restauren las capacidades perdidas, pero a la luz de los innumerables abusos actuales bajo internamientos arbitrarios, exigimos un tribunal independiente, que garantice asistencia legal al paciente, para escuchar y decidir antes de que cualquier internamiento forzoso pueda ponerse en marcha.
3. Conscientes del fracaso total de la psiquiatría en sus intentos de curar su enfermedad mental autocreada, exigimos que los estudios, proyectos de investigación y métodos dirigidos a la valorización de los aspectos sociales y humanos de los perturbados mentales sean promovidos, apoyados y financiados por todos los gobiernos responsables.

⁴³⁵ La muerte de Alain Urban no fue mencionada en el informe Daes.

4. Con el fin de promover el desarrollo de la madurez sociocultural esencial para superar la violación de los derechos de las personas bajo atención psiquiátrica, exigimos que se ponga en marcha una campaña de información en la comunidad, para ilustrar al público sobre la brutal realidad de la psiquiatría actual, los heroicos esfuerzos de unos pocos por alternativas humanas, y los derechos legales disponibles para proteger a las personas de la agresividad y la brutalidad cometidas en nombre de la ciencia de la mente.

5. Como conclusión, alertaremos a todos los gobiernos sobre el actual estado de deterioro de la atención a la salud mental, tal y como evidencian las innumerables atrocidades psiquiátricas expuestas en los medios de comunicación a nivel internacional, como el aterrador número de criminales que han estado en manos psiquiátricas antes de cometer sus crímenes, y las súplicas y testimonios de numerosos expertos de todo el mundo que buscan verdaderas reformas hacia los derechos humanos. Por estas razones y muchas otras no expuestas exigimos investigaciones gubernamentales sobre la atención a la salud mental con el propósito de restaurar el carácter espiritual y humano de dicha atención, que se perdió en el camino de su errática evolución (citado en, Daes, 1983, párr. 137).

El informe de Daes, que también contenía una propuesta de «Borrador de principios, directrices y garantías para la protección de los enfermos mentales o las personas que padecen trastornos mentales» (Daes, 1983, pp. 33-36), pasó a manos de la Comisión de Derechos Humanos, habiendo aprobado por consenso la Subcomisión de Minorías recomendar su aprobación en 1983 (Daes, 1984). El proceso que siguieron los Principios fue muy largo, enrevesado y complejo y no se retomó seriamente hasta en 6 de marzo del 1989, cuando la Comisión de Derechos Humanos decidió establecer un Grupo de Trabajo sobre el tema (United Nations Economic and Social Council, 1989, pp. 108-109). En este transcurso aconteció un desplazamiento clave que es importante destacar en lo relativo a los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas.

De «expacientes» y «expresas» a «consumidoras», «usuarias» y «supervivientes»: la irrupción del consumismo

En 1983, año en que DPI adquirió estatus consultivo en las agencias de NU (Driedger, 1989), la WFMH por primera vez abrió la participación a las personas psiquiatrizadas en el *World Congress for Mental Health* que tuvo lugar en Washington DC, y al que fueron invitadas representantes del movimiento de expacientes dado que se pensó que «tenían mucho que aportar a la organización y el funcionamiento de los programas de tratamiento» (Brody, 1998, p. 127). El tema tratado fue la «responsabilidad personal y social en la búsqueda de la salud mental y la colaboración entre voluntarios, profesionales y gobiernos en la formación de la política de salud mental y la prestación de servicios». ⁴³⁶ El Congreso de Washington fue tan sólo un anuncio de lo que estaba por venir, la entrada del consumismo —que venía embebiendo al movimiento de personas discapacitadas— en los movimientos sociales de expacientes y expresas, que hasta entonces habían optado, no por la reforma de los servicios de la salud mental, sino por las alternativas autogestionadas (Chamberlin, 1977/1988a). El interés de la WFMH en estimular la participación de las personas psiquiatrizadas prosiguió en los años sucesivos. La novedad respondía también al Programa de Acción Mundial de NU para los Impedidos que llamaba al estímulo del desarrollo de las organizaciones de «personas impedidas» como «vehículo de autodesarrollo» señalando explícitamente que las organizaciones de «las personas mentalmente incapacitadas [...] tienen mucho que aprender del movimiento de autorrepresentación de personas afectadas de otras incapacidades» (Asamblea General de Naciones Unidas, 1982b, párr. 29).

El año decisivo fue, sin duda 1985, al que nos aproximaremos —en continuidad con los análisis anteriores— a partir del impacto diferencial que tuvo en el movimiento Norteamericano y Británico de expacientes y expresas de la psiquiatría. En 1985 el Gobierno Estadounidense a través del *Community Support Program* (Programa de Apoyo Comunitario) del *National Institute of Mental Health* (NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental), financió la primera de una serie de Conferencias de Alternativas, en la Universidad de Loyola de Baltimore, titulada *One goal of the first Alternatives Conference* (Un objetivo de la primera de las Conferencias de Alternativas), ⁴³⁷ cuyo propósito era establecer una organización nacional de consumidores de salud mental. Esta iniciativa produjo un intenso debate que puso de manifiesto las diferencias ideológicas —anarquistas, reformistas radicales y conservadoras— así como las

⁴³⁶ Así es como se describe en la web oficial (WFMH, s. f.).

⁴³⁷ Véase también la web oficial (Alternatives Conference, s. f.).

diferencias de clase en el movimiento, de expacientes y expresas, que quedaron reflejadas en los números de 1985 y 1985 de la *Madness Network News* (Dain, 1989; McLean, 2000).

El resultado de la serie de Conferencias de Alternativas del 1985, que tuvieron lugar entre junio y agosto en diferentes localizaciones, fue la creación de dos organizaciones independientes. Por un lado, *The National Mental Health Consumers' Association* (1985, NMHCA), cuya negativa de posicionarse contra el tratamiento forzoso, acogida del modelo médico, y abogacía para expandir el acceso a los tratamientos —cuestiones en radical oposición con la defensa de derechos humanos que promovía el movimiento de expacientes y expresas— llevaron a la formación de otra organización nacional independiente, la *National Alliance of Mental Patients* (NAMP, 1985: Alianza Nacional de Pacientes Mentales), pronto rebautizada como *National Association of Psychiatric Survivors* (NAPS: Asociación Nacional de Supervivientes de la Psiquiatría) que aglutinó fundamentalmente a antiguas expacientes y expresas (Chamberlin, 1988b, 1990; Dain, 1989; McLean, 2000).

Fue entonces cuando emergió la categoría política de «superviviente de la psiquiatría» contra la de «consumidor de servicios». Muchas de las personas que provenían del movimiento de expacientes y expresas, rechazaron la categoría impuesta de «consumidores» porque implicaba una «libre elección» en el «mercado» que nada tenía que ver con su experiencia de ser forzadas a recibir unos «tratamientos» que podían dañar su integridad psicofísica de manera irreversible, y que ante todo, no habían elegido, por lo que adoptaron la identificación de «supervivientes» del sistema psiquiátrico y sus tratamientos (Chamberlin, 1988b, 1990; Everett, 1994; McLean, 2000). La NAPS, que «se creó específicamente para contrarrestar la tendencia hacia el “consumismo” reformista» mantuvo «la esencia de la liberación de los “pacientes mentales”» (Chamberlin, 1990, pp. 333-334) en lo respecta al principio de abolición de los tratamiento forzosos, pero como lo muestra su documento constituyente, *Goals and Philosophy Statement (Declaración de Objetivos y Filosofía)*, el énfasis en el *principio de elección* y la inclusión del *consentimiento informado*, implicó el abandono de su utopía más radical y libertaria: la *abolición de la psiquiatría*. El primer punto de la Declaración de la NAPS señalaba como objetivos:

Promover los derechos humanos y civiles de las personas dentro y fuera de las situaciones de tratamiento psiquiátrico, con especial atención a su derecho absoluto a la *libertad de elección*. Trabajar por el fin de la intervención psiquiátrica involuntaria, incluido el internamiento civil y los procedimientos forzosos como el electrochoque, la psicocirugía, la drogadicción forzosa, la inmovilización y la reclusión, sosteniendo que tal intervención contra la propia voluntad no es una forma de tratamiento, sino una violación de la

libertad y del derecho a controlar el propio cuerpo y la propia mente. Hacemos hincapié en la *libertad de elección* de las personas que desean recibir servicios psiquiátricos mediante un verdadero *consentimiento informado* al tratamiento que incluya el derecho a rechazar cualquier tratamiento no deseado. También trabajaremos para garantizar los derechos de todas las personas que hayan sido etiquetadas psiquiátricamente, incluidas, entre otras, las personas que se encuentren en centros de reinserción social, tratamiento diurno, centros residenciales, rehabilitación profesional, residencias de ancianos, clubes de rehabilitación psicosocial, así como en instituciones psiquiátricas (énfasis míos).⁴³⁸

La serie de Conferencias para «consumidores» iniciadas por el *Community Support Program* en 1985, y continuadas anualmente hasta nuestros días, paradójicamente apropiándose de la figura de Judi Chamberlin que fue muy crítica con éstas (Alternatives Conference, s. f.), dio también lugar a la disolución de los dos medios de comunicación más relevantes de los movimientos de expacientes y expresas. En 1985 se disolvió para siempre la serie de Conferencias Anuales sobre Derechos Humanos y Opresión Psiquiátrica. A ésta disolución contribuyeron «un grupo de “consumidores” que quizá veían la perspectiva de la liberación como una amenaza» y «algunos radicales extremos se opusieron a cualquier forma de organización por considerarla opresiva, creyendo que un movimiento totalmente descentralizado y desestructurado podría lograr sus objetivos» (Chamberlin, 1990, p. 334). Como se ve, la creación de la NAPS no estuvo exenta de disputas, pues los miembros más radicales y anarquistas que continuaron persiguiendo la abolición de la psiquiatría rechazaron la constitución de una organización de carácter nacional. Un año después, en 1986 cesó la *Madness Network News*, bajo presión financiera y en medio de luchas políticas internas. Su plantilla de personas voluntarias:

se agotó por el esfuerzo de publicar el periódico sin más fondos que las suscripciones de los miembros, y fueron sucedidos por un grupo muy pequeño de radicales extremistas que publicaron un solo número, crítico con cualquiera que intentara desarrollar una estructura organizativa o fuentes de financiación para las actividades del movimiento» (Chamberlin, 1990, p. 334).

El último número de la *Madness Network News* publicó un *Working Draft To Abolish Psychiatry* (Borrador de Trabajo para Abolir la Psiquiatría) abierto a nuevas contribuciones firmado por *MNN Collective* (MNN Collective, 1986), así como la Declaración derivada del *First Gathering of the Network to Abolish Psychiatry* (Primer Encuentro de la Red para Abolir la Psiquiatría) que tuvo lugar en Nueva York del 9 al 13 de Mayo del 1986. Dicha Declaración culpaba al *Community Support Program* de haber cooptado con éxito el movimiento «libertario» «antipsiquiátrico» y declaraba no reconocer la legitimidad política de cualquier grupo de pacientes o

⁴³⁸ Citado en Chamberlin (1990, p. 333).

expacientes que «recibiera fondos o compensaciones del sistema de salud mental» bajo la firme creencia de que «la psiquiatría no puede ser reformada, y debe ser abolida» («Network to Abolish Psychiatry Statement of Purpose», 1986). Según Athena Helen McLean (2000, p. 826) que ha trazado con precisión el desplazamiento de las alternativas autogestionadas de expacientes y expresas de la psiquiatría a las elecciones de los consumidores, con la muerte de ambos medios de comunicación, «quienes se oponían a los esfuerzos organizativos nacionales [y debemos añadir continuaron abogando por la abolición de la psiquiatría] perdieron la conexión con el movimiento».

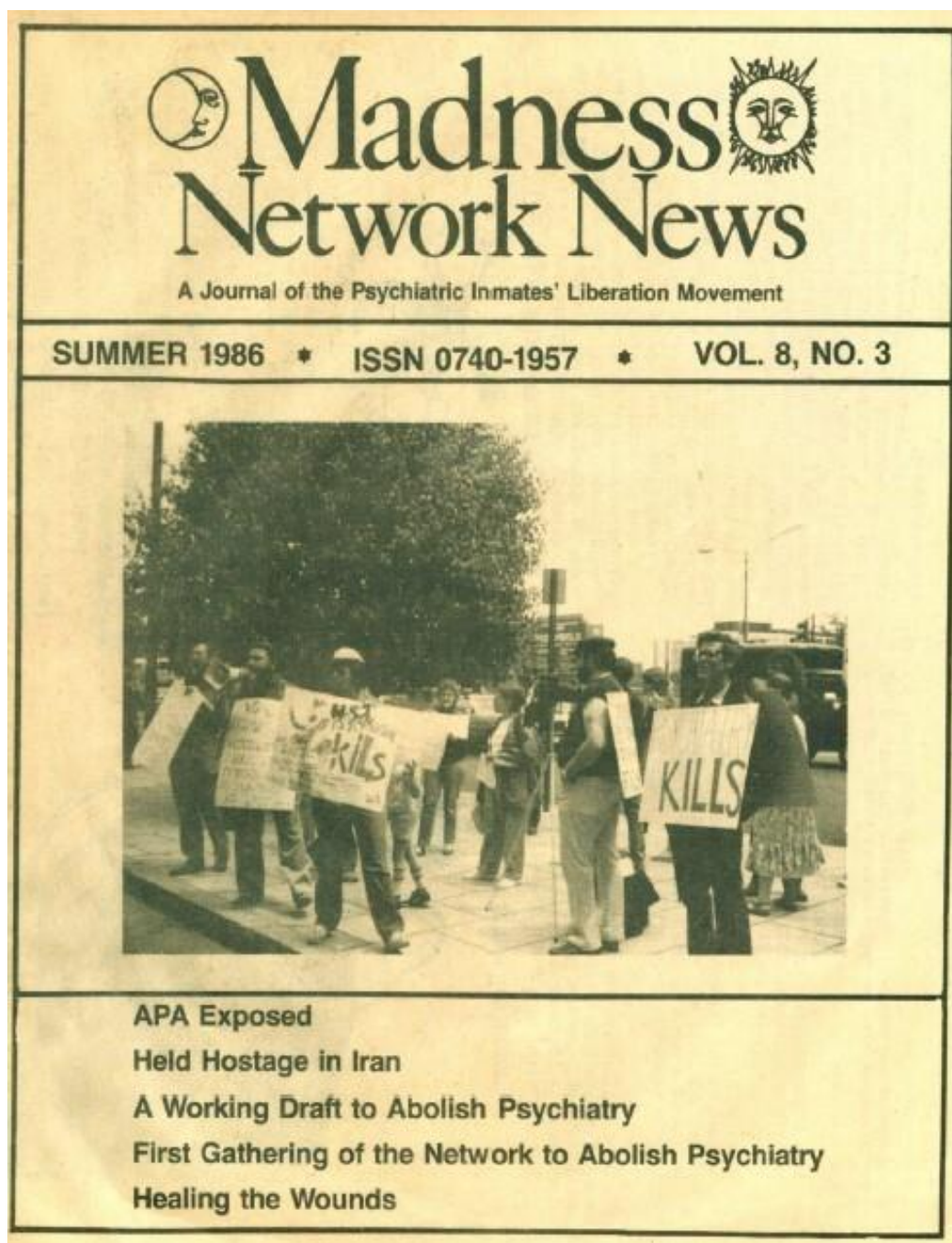


Ilustración 21. Portada del último número de la revista *Madness Network News*

La portada de éste último número incluye una fotografía de las protestas conducidas entre el 9 y 12 mayo del 1986 en Washington DC., en el contexto del primer encuentro de la *Network to Abolish Psychiatry*. Bajo el título *Madness Network News* se lee: Revista del Movimiento de Liberación de los Prisionero/as Psiquiátrico/as: La APA al descubierto; Rehenes en Irán; Un Borrador de Trabajo para Abolir la Psiquiatría; Primera Reunión de la Red para Abolir la Psiquiatría; Curar las heridas. Copyright *MindFreedom International/Madness Network News.com*.

Entre el 14 y 19 de julio 1985 también tuvo lugar el *World Mental Health Congress* de la WFMH en Brighton Gran Bretaña, organizado por MIND, esto es la antigua *National Association for Mental Health*, que cambió de nombre en 1972, y que fue fundada en 1948 para organizar la Conferencia *Mental Health and World Citizenship* de la que nació la WFMH (Brody, 1998). El Congreso, que fue titulado *Mental Health 2000: Action Programs for a World in Crisis Brody*,⁴³⁹ contó con una sección específica para grupos de apoyo mutuo y expacientes, a la que fueron invitados representantes del movimiento estadounidense, holandés y danés (Hughes, 2006), entre ellos Judi Chamberlin,⁴⁴⁰ quien también fue invitada como miembro del Comité de planificación (Brody, 1998, pp. 130; 304-305).

Esta conferencia estuvo atravesada por una importante disputa y constituyó un momento clave para el movimiento británico de expacientes. Para entonces éste había quedado reducido a mínimos y era fundamentalmente mixto, integrado también por profesionales críticos y marxistas. La organización más activa PROMPT, a la que pertenecía el líder histórico del movimiento —Eric Irwin— había pasado a llamarse ese mismo año, en 1985, *Campaign Against Psychiatric Oppression* (CAPO: Campaña contra la Opresión Psiquiátrica) a propuesta de Irwin para evitar el calificativo de «paciente mental» (Survivors History Group, s. f.-b). Tanto el manifiesto de PROMPT como el de CAPO fueron una adaptación del *Fish Pamphlet* (Survivors History Group, s. f.-g). Esta cadena de grupos que cambió en varias ocasiones de nombre y de funciones COPE/PROMPT/CAPO mantuvo una agenda radicalmente antipsiquiátrica y marxista que acogía tanto a profesionales como expacientes, y estuvo constituida —con relevos en la membresía— aproximadamente por una veintena de personas, mayoritariamente hombres, desapareciendo en 1987 tras la muerte de Eric Irwin (Crossley, 2006, p. 155). La revista de PROMPT venía siendo «el principal boletín informativo antipsiquiátrico del Reino Unido en la primera mitad de los años ochenta» (Crossley, 2006, p. 154). Y también estaba activa la *British Network of Alternatives to Psychiatry*, en la misma línea marxista de carácter mixto y operativa sobre todo en Londres (Peter Campbell, 2006; Crossley, 2006).

El problema estalló cuando se hizo evidente que a la sección para expacientes del *World Mental Health Congress* del 1985, no había sido invitado ningún representante británico, y algunos de ellos acudieron por su propia cuenta. Los representantes de

⁴³⁹ Salud Mental 2000: Programas de Acción para un Mundo en Crisis.

⁴⁴⁰ También participaron como ponentes David Brandon y Dunya Breur (Ámsterdam) y Egon Gad Johansen (Dinamarca) (Survivors History Group, s. f.-d).

expacientes y supervivientes allí reunidos organizaron protestas, fuertemente impulsadas por el grupo de holandeses, quienes tomaron la iniciativa de distribuir un panfleto que «rechazaba el conocimiento “experto” de los psiquiatras» y la categoría de «enfermedad mental» y reclamaba la «entrada gratuita» al Congreso de todos los «consumidores» (Survivors History Group, s. f.-d). Judith Chamberlin, que ya había visitado en otra ocasión el Reino Unido se quedó «estupefacta al descubrir que no se había invitado a ningún activista del Reino Unido [...] y trabajó con quienes vinieron sin ser invitados» (Hughes, 2006, p. 5).

Además de este panfleto se distribuyó otro que respondía a la *Charter Mental Health 2000. Brighton Declarations on the Rights of Mentally Ill People and the promotion of Mental Health* (Carta de Salud Mental 2000. Declaraciones de Brighton sobre los Derechos de los Enfermos Mentales y la promoción de la Salud Mental) aprobadas por el Congreso (Brody, 1998; Survivors History Group, s. f.-i). Este otro, liderado por Chamberlin, era una carta de derechos cuya sección 2 se titulaba *Self-Determination, as a Human Right – its Implication for “Mental Health” Services* (La Autodeterminación, como Derecho Humano – sus Implicaciones para los Servicios de “Salud Mental”) (Brody, 1998; Survivors History Group, s. f.-i). La reproduzco, en parte, a continuación:

Nosotros, el Grupo de la Declaración sobre Autodeterminación y Defensa Ciudadana, declaramos lo siguiente:

1. La angustia (*distress*) es una experiencia humana común. Todos los seres humanos sentimos a veces tristeza o desesperación, miedo o ansiedad, soledad o aislamiento, frustración e ira. Además, todos necesitamos a veces ayuda para expresar o comprender estas experiencias. Rechazamos la creencia de que quienes sufren todas las formas de malestar emocional padecen una afección médica denominada “enfermedad mental” y que los demás están necesariamente “más sanos” mentalmente. Creemos que convertir la angustia aguda o grave y los problemas de la vida en “enfermedad mental” es una burda distorsión de la realidad. Es inútil para las personas a las que se “trata” y para el resto de la sociedad, donde los propios individuos temen convertirse en uno de los estigmatizados.

2. El sistema de “salud mental” respalda y promueve los valores y la ideología de una sociedad desigual. A menudo es el malestar y la intolerancia de los demás, más que la propia experiencia de angustia y el deseo de ayuda de la persona, lo que conduce al encarcelamiento y al “tratamiento”. Se sabe que las personas oprimidas por razón de sexo, edad, raza y clase social experimentan más problemas vitales y corren mayor riesgo de ser etiquetadas psiquiátricamente. Constatamos la contribución del desempleo y de la pobreza cultural y económica a la angustia de las personas. Denunciamos la administración de psicofármacos y otros “tratamientos” que embotan o suprimen las respuestas humanas. El etiquetado, la estigmatización, el encarcelamiento y el “tratamiento” de quienes se desvían de las normas sociales predominantes sirven a los intereses de una minoría poderosa que obtiene beneficios y estatus. De este modo, se oscurecen los conflictos que existen en la sociedad y aumentan el estancamiento y la marginación.

3. La mayoría de los “tratamientos” psiquiátricos son perjudiciales. Pueden causar daños físicos, como la pérdida permanente de memoria de la terapia electroconvulsiva, la discinesia tardía de las fenotiazinas y los daños renales del litio. Todos los “tratamientos” físicos pueden causar sensaciones extrañas y angustiosas, además de adormecer e

invalidar la experiencia y las respuestas de la persona. Además, la propia institucionalización causa debilitamiento físico. El efecto general de la mayoría de los “tratamientos” es controlar las sensaciones o “síntomas” de las personas y apaciguarlas, en lugar de ayudarlas a elaborar sus experiencias y actuar eficazmente para cambiar las circunstancias que contribuyen a su angustia.

Las personas que ya se sienten indefensas, inseguras y victimizadas sufren una mayor pérdida de dignidad, respeto, autoestima y poder personal en el sistema de “salud mental”.

4. La defensa es un proceso mediante el cual las personas y los grupos articulan y persiguen sus necesidades e intereses. Este proceso implica necesariamente un conflicto con un sistema de “salud mental” que crea pasividad y dependencia.

Metas y objetivos

Nos proponemos

1. La abolición de:

i) el internamiento involuntario en instituciones psiquiátricas;

ii) el “tratamiento” obligatorio en centros psiquiátricos de todo tipo, prisiones y cualquier otra institución;

iii) el aislamiento y las contenciones;

iv) todos los “tratamientos” destructivos, en particular la terapia electroconvulsiva y la psicocirugía, y la indemnización económica de todas las personas que hayan sufrido daños por estos procedimientos.

[...] Lo que exigimos son derechos humanos lisos y llanos, de acuerdo con la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que aún no se han conseguido para la mayoría de la población mundial, y que es nuestro objetivo para conseguir “salud mental” en el año 2000.⁴⁴¹

En respuesta a las protestas por la ausencia de invitados británicos, MIND, que organizó su Conferencia anual en noviembre de ese mismo año en Kensington, la tituló *From Patients to People* (De Pacientes a Personas)⁴⁴² y tuvo como target principal, por primera vez en su historia a las personas «usuarias» o «consumidoras de los servicios» (Peter Campbell, 2006; Crossley, 2006; Survivors History Group, s. f.-f). En esta conferencia participaron diversos grupos —muchos de ellos vinculados a MIND— pero también participó CAPO.⁴⁴³ Frank Bangay, uno de los principales implicados en PROMT/CAPO junto con Eric Irwin, participó abordando la cuestión de ¿Quiénes son los Consumidores? y su testimonio revela como la categoría de «consumidores» en el espacio británico fue también rechazada por algunos de los más veteranos —y reformulada como «usuarios» por otros—:

En ese momento, consumidor parecía ser la nueva palabra de moda. Sentíamos que no teníamos elección en los tratamientos que recibíamos, por lo que no éramos realmente consumidores. Así que titulamos nuestra charla ¿Quiénes son los consumidores? Eric Irwin (CAPO) dio un poderoso discurso. Creo que le complació tener una plataforma para expresar sus opiniones. Su famosa cita fue que se consideraba un consumidor de

⁴⁴¹ La sección 2 de la declaración puede consultarse íntegramente en la web del grupo Survivors History Group (s. f.-i).

⁴⁴² Se trata de la reformulación del subtítulo del último un capítulo del famoso libro de Chamberlin (1978/1988a) que MIND reeditó posteriormente: *People, not Patients*.

⁴⁴³ El programa completo y los grupos participantes pueden ser consultados en (Survivors History Group, s. f.-f).

psiquiatría tanto como una cochinilla se consideraría consumidora de servicios Rentokil [un servicio de control de plagas] (Bangay, 2010).

A la salida de esta Conferencia, se dio un encuentro entre expacientes y personas aliadas que dio como resultado la formación del grupo *Survivors Speak Out* (*Supervivientes hablan/protestan*), grupo que difundió en Gran Bretaña la identidad política de supervivientes de la psiquiatría. La organización inicialmente se definió como «apolítica» —sin manifiesto ni posicionamiento político explícito— para dar voz a las supervivientes sea lo que fuera que quisieran decir, acogiendo tanto a profesionales y familiares aliadas como a expacientes bajo membresía completa y teniendo ánimo de incidir en las políticas de salud mental. Sin embargo, su rápido crecimiento llevó a una rearticulación política y estructural que, entre otras cosas, acabó por excluir de la membresía completa a los «aliados y aliadas». Al año siguiente, en 1986 se formó *Nottingham Advocacy Group* (Grupo de Defensa de Nottingham), y a través de estas dos organizaciones se revivió el movimiento británico de «usuarias y supervivientes de la psiquiatría» (Peter Campbell, 2006; Crossley, 2006).

En Gran Bretaña, la promoción por parte de los servicios de la participación de «consumidores» tuvo un efecto muy distinto al que tuvo en EEUU; el de reactivar un movimiento que desde el cierre de la mayoría de MPUs a finales de los 70 había quedado prácticamente restringido a la actividad mixta, marxista y minoritaria de PROMT/CAPO en la que estaba integrado su líder histórico, Irwin. No obstante, esta reactivación llegó con la marca de la participación del consumidor/usuario. Tanto fue así que en 2006 cuando se celebraban los 21 años del nacimiento del movimiento británico de usuarias y supervivientes —tomando como inicio 1985— un antiguo activista y fundador de *Survivors Speak Out*, Peter Campbell (1949-2022), que acogió de muy buena gana la irrupción del interés por la participación de las personas usuarias/consumidoras, sostenía:

¿La acción del usuario del servicio comenzó realmente en 1985? La razón por la que celebramos los 21 años en 2006 fue la percepción de que 1985 fue cuando las cosas realmente comenzaron. Creo que en 1985-1986 sucedieron cosas importantes. Pero también está claro que sucedieron cosas antes de 1985, y algunas de esas cosas contribuyeron a lo que sucedió después de 1985 [...] Considero 1985-1995 como una fase pionera. Grupos como *Campaign Against Psychiatric Oppression* y la *British Network of Alternatives to Psychiatry* eran más políticos de lo que somos ahora. También eran más separatistas, tendían a apartarse de los servicios y a criticar desde fuera. Una de las cosas que cambiaron, a partir de 1985, fue que los grupos que empezaron a actuar entonces estaban mucho más implicados dentro del sistema y dispuestos a trabajar dentro del sistema, a reformar el sistema en lugar de criticarlo desde fuera (Peter Campbell, 2006, pp. 1-4).

El triunfo de lo peor:
la «enfermedad mental» y su (des)alojo del derecho a lo humano

El 6 de marzo del 1989, tras diversas revisiones del informe de Erica Daes, la Comisión de Derechos Humanos decidió establecer un Grupo de Trabajo abierto a todos sus miembros —que eran delegados estatales— para «que examinara, revisara y simplificara, según procediera, el proyecto de conjunto de principios y garantías para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la salud mental, presentado por la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías» (Steel, 1991, párr. 1). El Grupo de Trabajo se reunió bajo la Presidencia y Relatoría de Henry Steel, delegado del Reino Unido, en un primer periodo de 21 sesiones —del 8 al 19 de enero de 1990 y el 21 de febrero de 1990—, que se decidió ampliar a otras 20 sesiones —entre el 29 de octubre y el 9 de noviembre de 1990 y el 31 de enero de 1991 (Steel, 1991, párr. 5-6).

Como observadores de este Grupo de Trabajo participaron representantes Estatales no miembros de la Comisión, el Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud, y nueve organizaciones de la sociedad civil con estatus consultivo, que ya habían participado en las consultas anteriores. Entre éstas figuró como única organización autogestionada por personas discapacitadas *Disabled Peoples' International*, junto a la *World Psychiatric Association* y la *World Federation for Mental Health*, entre otras organizaciones de profesionales y juristas (Steel, 1991, párr. 8-12).⁴⁴⁴ Me limitaré a visibilizar algunas de las aportaciones de estas tres organizaciones, antes de pasar a analizar las directrices que fueron aprobadas finalmente.

Disabled Peoples' International, manifestó el 2 de septiembre del 1988 que «la situación de las personas detenidas por enfermedad mental» venía siendo «una gran prioridad» para su organización «desde el inicio» (DPI, 1988, p. 2). Su contribución muestra que desde que obtuvo estatus consultivo en 1983 fue «la única organización de personas con discapacidad» que se había «implicado en el tema», reuniéndose «en numerosas ocasiones» con la Relatora, Erica Daes: cuyo trabajo consideró «admirable», por lo que aprovechó la ocasión para felicitarla «por su decidida defensa de los derechos

⁴⁴⁴ Concretamente: Friends World Committee for Consultation; International Association of Penal Law; International Commission of Jurists; International Educational Development, y; World Association for Psychosocial Rehabilitation.

de las personas con discapacidad mental», reconociendo que «en esas primeras fases del borrador» no tuvo «mayores preocupaciones» (DPI, 1988, p. 2).

DPI no abogó por la abolición del internamiento y del tratamiento forzoso, las principales demandas históricas en materia de derechos humanos de los movimientos de personas psiquiatrizadas. Tampoco criticó la categoría de enfermedad mental, que fue la que empleó, por lo que es evidente que la representación de los movimientos de personas psiquiatrizadas estaba ausente de sus filas, una «excepción» al mandato de «autorrepresentación», y al lema «nada sobre nosotros sin nosotros», que ya vimos que su Constitución consagraba a través de la categoría de la discapacidad/deficiencia mental. Dado que su Manifiesto apoyaba «firmemente el derecho de desinstitucionalización para las personas con cualquier tipo de discapacidad» abogó por que la «defensa de la institucionalización» de las personas enfermas mentales, se apoyase en el «escrutinio más estricto y con el máximo de garantías procesales y de tratamiento» (DPI, 1988, p. 2). Es decir, su principal aportación, radicaba en maximizar las garantías procesales ilusorias para el tratamiento e internamiento involuntario: o lo que es lo mismo «el derecho a la revisión jurídica» como una cuestión jurídica «y no médica» que debía «realizarse ante órganos jurídicos competentes» (DPI, 1988, p. 3).

No obstante, su contribución llamó la atención sobre la efectiva eliminación de algunas «protecciones» incluidas en «los primeros borradores» que consideró «esenciales» (DPI, 1988, p. 2). Éstas incluían «el derecho a rechazar el tratamiento», inherente al «derecho a ser diferente» el cual debía respetarse «aunque sea perjudicial para la salud», con una excepción «siempre que la decisión no suponga un daño directo» para la «vida» (DPI, 1988, p. 3). El derecho a «rechazar el tratamiento» estuvo contenido en el informe de Daes, también con excepciones.⁴⁴⁵ DPI particularizó este derecho en lo relativo al «uso de fármacos neurolépticos [...] que varias publicaciones [...] han condenado como nocivos, con ocasionales daños irreversibles para el ser emocional y físico», alegando que «el rechazo de una persona a los fármacos antipsicóticos como cuestión de principio debía ser respetado» (DPI, 1988, p. 3).

La *World Psychiatric Association*, entre otras cosas, se quejó reiteradamente del «criterio legalista y sospechoso respecto de la psiquiatría» que —a su parecer— continuaba desprendiéndose de algunos de los artículos del proyecto de Principios y

⁴⁴⁵ Su «Proyecto de Conjunto de Principios, Orientaciones y Garantías para la Protección de los Enfermos Mentales o de las Personas que Sufren Trastornos Mentales», contenía, por ejemplo: «Artículo 11. 1) Todo paciente tendrá derecho a rechazar un tratamiento. 2) Todo paciente, por principio, tendrá derecho a rechazar medicación al menos veinticuatro horas antes de la vista de su caso; Artículo 12. Todo paciente que tenga capacidad legal para tomar decisiones sobre su tratamiento y su vida tendrá derecho a un consentimiento informado.» (Daes, 1983, p. 34).

Garantías, en su contribución del 20 de noviembre de 1989. Le preocupaba que el borrador diese a entender que las instituciones psiquiátricas eran una «especie de prisión», una «actitud recelosa» que podía «disuadir al paciente de recurrir a una institución psiquiátrica» cuando «para un ciudadano debe ser tan natural solicitar ayuda en una sala psiquiátrica como acudir a la sala de urgencia de un hospital general».⁴⁴⁶ Lo cual da cuenta de cómo buscó preservar la imagen neutra y corporativa de la psiquiatría como una rama más de la «medicina», propósito en el cual arraigó el modelo de «desinstitucionalización» y sectorización psiquiátrica basado en la integración de las plantas de psiquiatría de agudos en los hospitales generales, ya afianzado.

Notablemente, la *World Federation for Mental Health*, que había sido la organización que catalizó este proyecto de Naciones Unidas, se había adelantado al establecimiento del Grupo de Trabajo aprobando su propia *Declaration of Luxor: Human Rights for de Mentally Ill (Declaración de Luxor: Derechos Humanos para los Enfermos Mentales)* el 17 de enero del 1989, la cual fue poco después, el 26 de agosto del 1989, reformulada y aprobada en su Congreso Bienal de la Salud Mental de Auckland (Nueva Zelanda), como la *Declaration of Human Rights and Mental Health (Declaración de Derechos Humanos y Salud Mental)* (WFMH, 1989).

La genealogía de esta serie de Declaraciones comenzó con la declaración sobre la «libertad de conciencia» del 1971, con la que la WFMH condenaba el uso de la psiquiatría en la URSS. Y prosiguió ya una vez comenzado el Proyecto de Naciones Unidas sobre la «protección de las personas detenidas por motivos de mala salud mental» con las Declaraciones de Brighton sobre los Derechos de los Enfermos Mentales y la promoción de la Salud Mental, realizadas en su Congreso Mundial de Brighton del 1985, en el que participaron expacientes y supervivientes, y más conocidas como la Carta de Salud Mental 2000.⁴⁴⁷

Ésta Carta fue intensamente disputada y modificada en diversos momentos, adoptando diferentes nombres, entre ellos, Manifiesto de la WFMH (1986), Los Derechos de los Enfermos Mentales (1987), Manifiesto 2000: Salud Mental para Todos

⁴⁴⁶ Secretario General, NU, Suecia, Asociación Médica Mundial, y Asociación Mundial de Psiquiatría. (1990). *Principios y garantías para la protección de las personas reclusas por mala salud mental o por padecer trastornos mentales: Informe del Secretario General, 5 de diciembre del 1989, Adición, Respuesta de la Asociación Mundial de Psiquiatría* (E/CN.4/1990/5/Add.1). Naciones Unidas. Consejo Económico y Social.

⁴⁴⁷ *Charter Mental Health 2000: Brighton Declarations on the Rights of Mentally Ill People and the promotion of Mental Health.*

en el Año 2000 (1988), hasta llegar a su versión final, la Declaración de Derechos Humanos y Salud Mental del 1989 (Brody, 1998, pp. 357-362).⁴⁴⁸

En este proceso destacó tempranamente «un cambio importante», esto es, «la extracción del material de los participantes consumidores», realizado por expacientes y supervivientes bajo el liderazgo de Chamberlin en el Congreso del 1985, que abordamos anteriormente y cuyo título era La Autodeterminación como Derecho Humano — sus Implicaciones para los Servicios de Salud Mental,⁴⁴⁹ que fue relegado a un «adjunto» en 1986, cuando —con la ayuda de MIND— se produjo la versión Manifiesto 2000 de la WFMH (Brody, 1998, p. 359). Ésta sección, como vimos contenía las demandas históricas de expacientes y supervivientes relativas a la autodeterminación y a la abolición del tratamiento e internamiento forzoso (Survivors History Group, s. f.-i), que brillaron por su ausencia en la definitiva Declaración de Derechos Humanos y Salud Mental (WFMH, 1989).

El resultado del proyecto de directrices sobre la protección de las personas detenidas por mala salud mental, al que Naciones Unidas dio inició en 1977, concluyó más de 14 años después sin haber incorporado —en ninguna de sus múltiples fases— la participación efectiva de los movimientos sociales de personas cuyos derechos humanos estaban en cuestión. Éste fue resuelto sin votación por la Asamblea General el 17 de diciembre de 1991, con la aprobación de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental» (PPEMSM), unas directrices, de carácter jurídico no vinculante pero discursivamente universalizante, que requerían su «más amplia difusión» (Asamblea General de Naciones Unidas, 1991).

La categoría de «enfermos mentales» que consagró el título de los Principios, por sí misma reveló una derrota histórica, no sólo de los movimientos de personas psiquiatrizadas, sino también de todos aquellos movimientos intelectuales críticos que venían cuestionando el *poder* psiquiátrico a partir del desmantelamiento y deslegitimación de su *saber* cómo «ciencia médica». La categoría de «enfermedad mental», profundamente contestada desde los años 60, fue la que el Grupo de Trabajo escogió por *consenso* ante las otras alternativas disponibles —como la de trastorno mental más vinculada a la perspectiva bio-psico-social Meyeriana que sí aparecía en el informe de Daes—, lo cual revela su compromiso con la universalización del

⁴⁴⁸ WFMH *Manifiesto* (1986), *The Rights of the Mentally Ill* (1987), *Manifiesto 2000: Mental Health for All by Year 2000* (1988).

⁴⁴⁹ *Self Determination as a Human Right — its Implications for Mental Health Services*.

determinismo biológico en psiquiatría que empezó a acontecer en los años 80, con la publicación del DSM-III. Como aseveró con alivio Leandro Despouy, así se resolvía una disputa histórica: «gracias a Dios» dijo, «comienza a haber cierta uniformidad terminológica [...] en la expresión “enfermos mentales”, luego de que el Grupo de Trabajo de la Comisión de Derechos Humanos encargado de elaborar los principios y garantías» lo «aprobara por consenso» (Despouy, 1993, párr. 87).

Quienes elaboraron los PPEMSM, como condición de posibilidad para la consagración de un estado de excepción a los derechos humanos universales, lo que tuvieron que hacer en el Primero de sus Principios fue exceptuar del principio de no-discriminación a la categoría de «enfermedad mental», y reformular el régimen de impunidad ante la violencia que venían a consagrar y universalizar, como las «medidas especiales» de un régimen de «protección de los derechos» del «enfermo mental» y de «otras personas»:

No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por “discriminación” se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas (PPEMSM, párr. 1.4).

No obstante, al tiempo que el Grupo de Trabajo exceptuó la categoría de «enfermedad mental» del principio de no discriminación y estableció paradójicamente la no discriminación en la aplicación de los Principios,⁴⁵⁰ se vio obligado a proteger a determinados colectivos de las consecuencias discriminatorias de ser catalogada como «enferma mental», y a constituir la «determinación de la enfermedad mental», por un lado, como un procedimiento médico pretendidamente *neutral* y por otro como un procedimiento peligroso; al que «ninguna persona será forzada a someterse [...] a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional» (PPEMSM, Principio 5).

La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.

⁴⁵⁰ Los presentes Principios se aplicarán sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento. (Aplicación, párr. 1)

Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental (PPEMSM, Principio 4, párr.2-3).

La determinación «errónea» de la enfermedad mental, y el uso «político» de la impunidad de la violencia que posibilita el estado de excepción psiquiátrico, fue como vimos la problematización central de la que partió el proyecto con la declaración sobre la «libertad de conciencia» de la WFMH (1971) y con el informe de Daes (1983). Esto es, la necesidad de proteger de la impunidad de la violencia psiquiátrica y de salud mental, no a las personas construidas como «enfermas mentales verdaderas», sino a quienes, por error, o intencionadamente —en base a su actividad política, religiosa, a sus creencias, a su adscripción racial, etc.— estaban siendo arrojadas y torturadas en ese espacio medicalizado que todavía hoy opera bajo la forma agambemiana del «campo de concentración» (Agamben, 2019).

Los PPEMSM tuvieron el efecto de universalizar discursivamente —en la misma línea que la DDRM y que la DDI pues tampoco fueron jurídicamente vinculantes— e insertar en el régimen de los derechos humanos el estado de excepción constituyente del poder psiquiátrico. Este documento paradójico y repleto de excepciones, partió proclamando que «todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos» y otros tratados y declaraciones internacionales, para consagrar justamente lo contrario, la anulación efectiva de su sujeto de derecho bajo el principio de desigualdad ante la ley (PPEMSM, preámbulo). En conjunto, perpetuaron y universalizaron discursivamente la incapacitación jurídica, la inimputabilidad penal por atribución de enfermedad mental, y la «admisión» y «tratamiento» en contra de la voluntad de la persona en «instituciones psiquiátricas»: es decir, aquéllas cuya «función primaria es la atención de la salud mental» (PPEMSM, Definiciones, párr. d). Lo hicieron bajo múltiples criterios, entre los cuales destaca el recurrente criterio de «impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros».

Bastará un ejemplo. El Principio 11 sobre el «consentimiento para el tratamiento», empezó indicando que «no se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo...» (párr.1). Este «salvo» en efecto universalizaba la aplicación del tratamiento forzoso en los siguientes casos: siempre que se trate de «un paciente involuntario» (párr. 6.a); cuando el paciente «esté jurídicamente incapacitado» o «se niegue irracionalmente a dar su consentimiento» (párr. 6.b); cuando «una autoridad independiente» declare que el «tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente» (párr. 6.c); cuando «el representante

personal dé su consentimiento en nombre del paciente» (párr. 7) y; cuando «un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas» (párr. 8).

Este mismo Principio 11, universalizaba también la posibilidad de someter al paciente a «restricciones físicas o a reclusión involuntaria» con «arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica [...] para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros» (párr. 11); así como su sometimiento forzoso a un «procedimiento médico u operación quirúrgica importantes» en caso de que no esté «en condiciones de dar su consentimiento», cuando «lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente [...] y después de practicarse un examen independiente» (párr. 14); también el sometimiento forzoso del paciente a «ensayos clínicos» y «tratamientos experimentales» cuando «el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado [...] con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente» (párr. 15).

Vale la pena también señalar que la mayor rebeldía del Principio 11 fue la de excluir la posibilidad de emplear «la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental» (párr. 12). Difícilmente puede considerarse como relevante la prohibición de los «tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica» sin consentimiento informado, y la necesidad de que un «órgano externo independiente» comprobara dicho consentimiento y avalara la intervención (párr. 15). Dicha prohibición entraba directamente en contradicción con el párrafo anterior que permitía aplicar un «procedimiento médico u operación quirúrgica importantes» cuando se considerase que el paciente no está «en condiciones de dar su consentimiento» (párr. 14).

El 20 de diciembre del 1993, como corolario al Decenio de Naciones Unidas para los Impedidos, la Asamblea General aprobaba las *Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*, «teniendo en cuenta» el estado de excepción dispuesto en la *Declaración de Derechos del Retrasado Mental* (DDRM, 1971), la *Declaración de Derechos de los Impedidos* (DDI, 1975) y en los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales* (PPEMSM, 1991) (Naciones Unidas, 1993, preámbulo). Con la palabra «discapacidad», decían las Normas Uniformes, «se resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo [y pueden] revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera

atención médica o una enfermedad mental» (Asamblea General de Naciones Unidas, 1993, párr. 17). Este fue el antecedente directo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006), de la cual nos ocuparemos en el próximo y último capítulo.

CAPÍTULO VIII

PSIQUIATRIZADAS EN LUCHA LA CONQUISTA DEL DERECHO (A LO) HUMANO Y LA EMERGENCIA DE LA «DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL»

Las luchas contra la esclavitud, contra la subyugación de la mujer y contra la discriminación racial y étnica son, en última instancia, cuestiones morales. Como personas a las que se ha etiquetado de “enfermas mentales”, también nosotras luchamos por nuestros derechos. No podemos esperar a que los abogados y los jueces decidan si estamos “preparadas” para la libertad. Querer ser libre no es un delirio... Ya no estamos dispuestas a dejar que otros hablen por nosotras, sean psiquiatras, abogados, familiares o políticos... Somos ciudadanas de nuestros países, y queremos ser tratadas como iguales...

Nos hemos unido porque reconocemos nuestra propia humanidad cuando otros la han negado... Nuestra experiencia proviene de nuestras vidas. En mis años de activismo en el movimiento de liberación de pacientes, he visto muchos cambios. No hace muchos años, no se invitaba a los ex-pacientes a participar en foros y organizaciones que tienen poder sobre nuestras vidas. Hoy, nuestra participación es bienvenida al menos en algunos de esos foros, se solicitan nuestras opiniones, se escuchan nuestras voces. Pero la existencia continuada del internamiento involuntario, de instituciones mentales similares a prisiones, de la discriminación y la segregación, muestra lo mucho que nos queda por recorrer para alcanzar nuestros objetivos: la plena ciudadanía, la igualdad y la dignidad humana.

Judi Chamberlin

Nos lo volvemos a preguntar: ¿qué significa reivindicar derechos cuando no se tiene ninguno? Significa traducir al lenguaje dominante, pero no para ratificar su poder, sino para ponerlo en evidencia y resistir a su violencia diaria y para encontrar el lenguaje a través del cual reivindicar los derechos a los que uno no tiene todavía derecho.

Judith Butler

El gran juego de la historia es para quien se apodere de ellas [las reglas], ocupe el puesto de los que las utilizan, se disfraza para pervertirlas, utilizarlas al revés y volverlas contra los que las habían impuesto; para quien introduciéndose en el complejo aparato lo haga funcionar de tal forma que los dominadores se encuentren dominados por sus propias reglas. Las diferentes emergencias que se pueden señalar no son las figuras sucesivas de una misma significación; son otros tantos efectos de sustituciones, de reemplazamientos y de desplazamientos, de conquistas disimuladas, de giros sistemáticos.

Michael Foucault

«Un nombre común»: de los comienzos de la internacionalización del movimiento de (ex)usuarias y supervivientes de la psiquiatría

La internacionalización de la lucha de las personas psiquiatrizadas por el reconocimiento de sus derechos humanos, pilar central de los primeros movimientos de expacientes y expresas de la psiquiatría, empezó a acontecer a inicios de los noventa, poco antes de que Naciones Unidas aprobara los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental* (1991, PPEMSM). Dicho proceso estuvo atravesado por dos grandes debates que giraron en torno a la identidad política del movimiento a varios niveles. Por un lado, en torno a las nuevas identidades políticas que desplazaron a las de expacientes y expresas de la psiquiatría produciendo una quiebra en respuesta a la irrupción a mediados de los años 80 del consumismo (*consumerism*), esto es las identidades de «consumidoras», «usuarias» y «supervivientes» de la psiquiatría (Chamberlin, 1988b, 1990; Everett, 1994; McLean, 2000; Reaume, 2002); y por el otro respecto a su identidad política como parte —o no— del movimiento de la discapacidad, categoría en la que venían siendo subsumidas por las Naciones Unidas y los Estados, y que los primeros movimientos de expacientes y expresas rechazaron como identidad política (Lewis, 2006; Jenny Miller, 2021; Plumb, 1994; Reaume, 2002; Russo y Shulkes, 2015).

La primera organización internacional de personas psiquiatrizadas emergió en conexión con la promoción de la participación de las personas «consumidoras» de los servicios de salud mental que venía patrocinando desde 1983 la WFMH. Se fundó en el Congreso Mundial del 1991 de la WFMH, celebrado en México DF bajo el lema *People and Science: Together for Mental Health*,⁴⁵¹ el cual incluyó un Sub-Congreso de Consumidores, con la explícita intención de patrocinar la fundación de una organización de personas consumidoras de servicios de salud mental (Brody, 1998, p. 132). Las personas que asistieron al Sub-Congreso fundaron el 26 de agosto del 1991 la *World Federation of Psychiatric Users* (WFPU: Federación Mundial de Usuarios/as de la Psiquiatría), con sede en Nueva Zelanda (Brody, 1998; WFPU, 2006; WNUSP, 2001b).

El encuentro constituyente de la WFPU incluyó a ocho personas representantes de cinco estados: EEUU (Paolo del Vecchio y Bob Long), México (Adriana López), Japón (Natosughi y Masaji Koganezawa), Holanda (Jan Dirk van Abshoven) y Nueva Zelanda (Mary O'Hagan y Pauline Hinds) (WFPU, 2006, p. 447). Estuvo marcado por un debate acerca del término que debía identificarlas políticamente. Las personas allí reunidas

⁴⁵¹ Las Personas y la Ciencia: Juntas por la Salud Mental.

rechazaron las identidades de: «superviviente, cliente, preso/a, psiquiátricamente etiquetado [*psychiatrically labelled*], comprador [*purchaser*] y expaciente» (WFPU, 2006, p. 447). Las opciones barajadas fueron las de *consumers* (consumidores/as) — término por el que abogaron desde EEUU— y al que se opusieron el resto, y la de *users* (usuario/as) que apoyaron la mayoría, dando lugar al nombre de la organización (WFPU, 2006, p. 447). La sutil diferencia entre usuarias y consumidoras, según lo que O'Hagan comunicó a Brody era que la designación «consumidor» implicaba una «elección» en el mercado que no siempre tenían (citada en, Brody, 1998, p. 127). La categoría de «usuarias» recibirá sin embargo prácticamente las mismas críticas, aunque no remite al espacio del mercado sino a los servicios públicos de Estado. En cualquier caso lo que parece evidente es que las personas que fundaron la WFPU rechazaron las identidades políticas más extremas y acogieron aquélla que se desmarcaba de la matriz mercantil y les permitía seguir colaborando con la WFMH como la voz de las usuarias de lo que ésta ofrecía.

Como tareas prioritarias en los primeros años de la WFPU escogieron las de: establecer redes, incrementar la membresía y distribuir un boletín informativo; tareas administrativas y de recaudación de fondos, decidiendo rechazar los provenientes de la industria farmacéutica, y; «continuar el contacto con la WFMH» y alentar a las personas usuarias «organizar una conferencia sólo para usuarias antes o después del Congreso Mundial de Salud Mental» que la WFMH tenía previsto realizar en Tokio en 1993 (WFPU, 2006, p. 448). Establecieron así una relación de autonomía y colaboración con la WFMH, orientada a emplearla de plataforma para el crecimiento de la organización. De hecho, por motivos de financiamiento, los encuentros de la naciente WFPU se coordinaron hasta entrado el siglo XXI con las Conferencias Mundiales bianuales de la WFMH (Brody, 1998; WNUSP, 2004a). O'Hagan, líder del naciente movimiento neozelandés que desarrolló amplias redes con el movimiento estadounidense, británico y holandés (Gawith y Abrams, 2006; O'Hagan, 1993), junto con Paolo del Vecchio fueron los primeros Copresidentes de la WFPU (1991-1995), un cargo que O'Hagan compaginó con el de miembro de la Junta Directiva de la WFMH (1993-1997) (Brody, 1998, p. 132; O'Hagan, 2009, p. 5).

Poco después de la fundación de la WFPU y poco antes de que se aprobaran los PPEMSM, entre el 24 y 27 de octubre del 1991 tuvo lugar una Conferencia en Ámsterdam (Zandvoort) en la que se fundó una Red Europea de personas psiquiatrizadas con 39 delegados de 16 países y sede en Ámsterdam (ENUEMH, 1995; Karl Bach Jensen,

1991).⁴⁵² El nombre y la identidad política de esta naciente Red Europea de personas psiquiatrizadas en lucha quedó indefinido en el encuentro constituyente, según una de sus integrantes, Kerstin Kempker de Berlin (ENUEMH, 1995, p. 2). No obstante, la nota de prensa del encuentro redactada en alemán por Karl Bach Jensen (1991), uno de sus fundadores, la anunciaba bajo el nombre *Europäisches Netzwerk von Psychiatrie-betroffenen* (Red Europea de Personas Afectadas por la Psiquiatría). Poco después quienes hicieron las tareas de oficina y el primer boletín informativo, la renombraron como *European Network of Users and Ex-users in Mental Health* (ENUEMH: Red Europea de Usuarios y Ex-usuarios de Salud Mental). La ENUEMH, que había sido constituida con el apoyo financiero de la Comunidad Europea y del gobierno holandés (Chamberlin, 1995b, p. 45), tuvo como objetivo principal el de:

promover el intercambio de información y la cooperación [...para] mejorar los derechos de las personas afectadas por la psiquiatría [*Psychiatrie-Betroffene*] en todos los países europeos. Se ocupa de cuestiones sociales, del derecho a la vivienda y a los ingresos, así como de la reivindicación de los derechos humanos independientemente de los diagnósticos psiquiátricos (Karl Bach Jensen, 1991, p. 1).

El encuentro constituyente de la ENUEMH, además de por la indeterminación o ambigüedad del nombre que les congregaba, estuvo marcado por los «peligros» que identificaron en las relaciones de poder a nivel organizacional y que marcaron su definición como Red. Dichos peligros señalaban dos polos opuestos, por un lado, en la medida en que aspiraban a obtener «estatus consultivo», el peligro de «crear demasiado de prisa un aparato burocrático con el fin de participar estrechamente» en la toma de decisiones a nivel de la Comunidad Económica Europea, la OMS y las NU; y por el otro, el peligro de «construir una organización anarquista en la que los órganos de coordinación puedan alcanzar una posición de poder a pesar de la falta de mandato». A éstos cabía sumar el «más grave y más desagradable peligro», que residía en «la apropiación [de la Red] por parte del gigantesco “monstruo” de la psiquiatría» un «riesgo» que debían tomar «muy en serio [...] por nuestra propia definición una comunidad de clientes y psiquiatras, estamos hasta cierto punto obligados a entablar algunas relaciones recíprocas con el “monstruo”» (Karl Bach Jensen, 1991, pp. 2-3). En este primer encuentro la Red Europea produjo «La Declaración de Zandvoort sobre Intereses Comunes» (*The Zandvoort Declaration on Common Interests*) que aglutinó sus principales demandas políticas, en línea con las tradicionales demandas de

⁴⁵² En la conferencia estuvieron presentes delegados de Gran Bretaña, Escandinavia, los países del Benelux (Bélgica, los Países Bajos y Luxemburgo), Alemania, Austria, Suiza, Francia, Italia, Grecia y Polonia (Karl Bach Jensen, 1991).

expacientes en lo que respecta al principio de abolición y a las alternativas —sin incluir como utopía la abolición de la psiquiatría en sí misma— comprendiendo también los derechos económicos y sociales:

Declaraciones generales

La Red Europea está en contra del enfoque médico unilateral y de la estigmatización del sufrimiento mental y emocional, del sufrimiento humano y de los comportamientos no convencionales.

La Red Europea debe apoyar la autonomía y la responsabilidad de los usuarios a la hora de tomar sus propias decisiones (autodeterminación).

Áreas de interés principal

- Influir e intentar cambiar el tratamiento actual en psiquiatría.
- Crear y apoyar nuevas alternativas al tratamiento psiquiátrico.
- La Red Europea debe actuar contra todo tipo de discriminación en la sociedad respecto a las personas que pasaron por el Sistema psiquiátrico. Acciones,

Tratamiento psiquiátrico

- Trabajar para abolir el tratamiento forzoso.
- Aumentar la influencia de los usuarios en su propio tratamiento (por ejemplo, derecho a describir o definir su propio caso, derecho a rechazar la “ayuda” profesional, derecho a hacer correcciones en su propio historial).
- Garantizar que los usuarios reciban información adecuada (por ejemplo, derecho a recibir información por escrito sobre todos los posibles riesgos del tratamiento, derecho de los usuarios a establecer una defensa independiente).

Alternativas

- Apoyar y promover el derecho a un apoyo profesional libre de drogas.
- Apoyo a los grupos de usuarios que establecen alternativas a la psiquiatría médica.
- Apoyo y promoción del derecho a establecer iniciativas controladas por los usuarios dentro y fuera de la psiquiatría.

Discriminación en la sociedad

- Luchar contra el estigma psiquiátrico.
- Conseguir trabajo con un salario adecuado.
- Luchar por una vivienda adecuada.
- Monitorear la legislación europea o nacional sobre aspectos de las leyes discriminatorias (European Network, 1991).

La segunda Conferencia de la Red Europea, que tuvo lugar en Elsinor (Dinamarca) del 26 al 29 de mayo del 1994 fue un momento clave en la definición de la identidad política del movimiento de personas psiquiatrizadas, así como en el proceso de internacionalización, pues en ésta convergieron líderes de la WFPU, incluidas de EEUU, y de la ENUEMH, cuyas membresías estaban superpuestas (ENUEMH, 1995; Hölling, 2001). En esta Conferencia «hubo contribuciones de Judi Chamberlin, Peter Lehmann, Mary O’Hagan, Jan Wallcraft y “muchos otros”, y discursos sobre la WFPU, las alternativas, el testamento psiquiátrico [*psychiatric will*], la integración social, los derechos humanos, los métodos de tratamiento y otros temas» (Survivors History

Group, s. f.-c, p. 2).⁴⁵³ Una de «las cuestiones más candentes» en esta segunda Conferencia giró en torno «al nombre de la Red» y a la identidad política del movimiento (ENUEMH, 1995, p. 2). El debate catalizó con una propuesta, entregada por la delegación de Alemania, con 25 firmas a favor de cambiar el nombre de la Red a *The European Network of Users and Survivors of Psychiatry* (Red Europea de Usuarías y Supervivientes de la Psiquiatría) (ENUEMH, 1995, p. 2).

Para entonces en Norteamérica, donde vimos emerger la identidad política de «superviviente de la psiquiatría» a mediados de los años 80, ya había tenido lugar un acontecimiento clave en la historia internacional del movimiento. El 18 de Septiembre del 1993, en el barrio de Parkdale de Toronto (Canadá), se celebró por primera vez el «Día del Orgullo Loco» (*Mad Pride Day*), cuyas raíces asientan en la estrategia de reapropiación del insulto iniciada por el *Black Power* y continuada por el *Gay Pride Day* (actualmente Día del Orgullo LGTBIQ+). Aquella primera celebración catalizó contra los prejuicios de los grupos de contribuyentes locales de Parkdales que se oponían al alojamiento de los pacientes psiquiátricos dados de alta del manicomio cercano, el *Queen Street Mental Health Centre*. No obstante, el Comité Organizador decidió modificar la identidad política inicial de «locura» (*Crazy Day*), en favor de la identidad política de «superviviente de la psiquiatría» (*Psychiatric Survivor Pride Day*). La manifestación contra el estigma, y por la celebración de las personas supervivientes del poder psiquiátrico como miembros activos de la sociedad, involucró —entre otros— cánticos y discursos y concluyó, significativamente con el depósito de flores al pie del muro del manicomio, dónde los manifestantes habían pegado nombres de personas que murieron en instituciones psiquiátricas y se guardó un minuto de silencio. La identidad política de «Supervivientes de la Psiquiatría» se mantuvo en el título de todas las manifestaciones anuales canadienses de los años 90 —con la excepción de 1996 único año en que no se celebró— reapareció en la celebración del año 2001 y no fue hasta el

⁴⁵³ El testamento psiquiátrico o *psychiatric will*, es el precedente de las directivas o decisiones anticipadas. Fue pensado como un mecanismo legal para que las personas afectadas de psicosis pudieran poner límites anticipados al internamiento y tratamiento involuntario. La Red Europea lo remite al texto que Thomas S. Szasz presentó en la revista *American Psychologist* en 1982, el cual fue traducido para uso interno a varios idiomas (ENUEMH, 1995). Este «mecanismo legal» pretendía dar «cabida a los intereses tanto de los que apoyan» las intervenciones forzosas y «de los que se oponen a ellas», siguiendo el modelo de «la última voluntad y el testamento vital». Constituía un «mecanismo por el que los individuos pueden planificar, mientras estén racionales y cuerdos, cómo desean ser tratados en el futuro, en caso de que otros les consideren irracionales o dementes». Así quienes «temen el poder de la psicosis y desean protegerse de ella aceptando, en caso de “necesidad”, el uso de intervenciones psiquiátricas involuntarias, podrían ejecutar un testamento psiquiátrico acorde con sus creencias» mientras que quienes «temen el poder de la psiquiatría y desean protegerse de él rechazando, en caso de “necesidad”, el uso de intervenciones psiquiátricas involuntarias, podrían ejecutar un testamento psiquiátrico acorde con sus creencias» (Szasz, 1982, p. 762).

2002 que se sustituyó por la reapropiación del significante «locura» (*Mad Pride*) (Finkler, 1997; Reaume, 2008).⁴⁵⁴

El «intenso debate» que aconteció en la Conferencia de la Red Europea de mayo del 1994 –en el que participó la WFPU–, la mayoría de los miembros de la ENUEMH votaron contra el cambio de nombre de la Red que incluía la identidad política de superviviente. No obstante, «para asegurar un consentimiento amplio y democrático», decidieron mantener abierto el debate y postergar la decisión (ENUEMH, 1995, p. 2). Tres integrantes de la Red Europea, dos mujeres de Berlín (Kerstin Kempker y Jasna Russo) y un hombre de Bucarest (Marin Mihai) presentaron sus argumentos a favor del cambio de nombre en el primer boletín de la Red Europea, que fue publicado en enero del 1995.

En su defensa de la identidad de superviviente, Kerstin Kempker, reconocida escritora alemana en la actualidad,⁴⁵⁵ cuya escritura en un diario durante la etapa escolar la llevó a ser sometida a «más de tres años de arresto» psiquiátrico bajo el diagnóstico de «esquizofrenia», que concurrieron con «una serie de electrochoques e insulina» y «enormes cantidades de neurolépticos», reivindicó la importancia y el valor de las palabras. Se quejó por la introducción de los términos «usuario» y «salud mental» como identificadores del nombre de La Red por quienes estaban en la administración, y abogó por «hacer todo lo posible para evitar la escisión de nuestra joven, tierna y pequeña unión» a través de «un nombre común» que incluyera a «todas las personas, que son o fueron internas (o pacientes) de la psiquiatría u objetos de tratamiento psiquiátrico y que quieren *cambiar* o *abolir* la psiquiatría» (énfasis míos). Para Kempker, la identidad política de «usuarias» estaba vinculada a la defensa de la reforma de la psiquiatría, y la de «supervivientes» a la abolición de la misma por su carácter esencialmente violento y mortífero, ser una superviviente era mantener vivo el recuerdo de las «amistades que no sobrevivieron» (ENUEMH, 1995, pp. 2-3).

Tenemos que aceptar [escribía Kempker] que hay gente en la red que intenta utilizar el sistema psiquiátrico y gente que se autodenomina enferma mental. Ellas deben aceptar, que también hay mucha gente, que fue brutalmente abusada y maltratada por la psiquiatría. Todas tenemos que respetar la autodefinición [...] En la conferencia me resultó difícil argumentar sin encontrar confrontación. Pronto me sentí incomprendida (mi inglés es muy rudimentario) e ignorada [...] me cortaron la palabra. [...] Durante el debate plenario, un hombre dijo que no deberíamos hablar de nombres, sino hacer el trabajo. Fue aplaudido. Como usuarias no podemos trabajar contra el tratamiento forzoso y reclamar daños y perjuicios. Si utilizo algo, me es útil, obtengo beneficios de ello. Para hacer el trabajo necesito la base a partir de la cual se puede hacer. Otro

⁴⁵⁴ La internacionalización de la celebración de este día al mundo hispanohablante pasó ya por la categoría de locura (Orgullo Loco).

⁴⁵⁵ Véase su blog personal: <http://www.kerstin-kempker.de/>

argumento contra nuestra propuesta fue que “el ministerio podría confundirse mucho” y “la impresión en el mundo exterior no sería positiva”. Necesitamos una impresión positiva en todas las personas supervivientes, víctimas, usuarias y Ex-, que quieran unirse a nosotras. Y para evitar nuestra propia confusión, deberemos sufrir la confusión del ministerio, eso puede ser (ENUEMH, 1995, pp. 2-3).

La intervención de Marin Mihai, fue mucho más sintética y unilateral. Después de expresar sus «más cordiales saludos al Comité Organizador de la Conferencia», abogó por el término «superviviente» y criticó los de «usuario» o «ex-usuario», por ser «el “primer paso” para la adhesión del movimiento de supervivientes psiquiátricos a la estructura de la “mafia” psiquiátrica» (ENUEMH, 1995, p. 3). Finalmente, Jasna Russo, cuyo activismo actual pasa también por la producción académica de conocimiento, destacó la importancia del «proceso mismo de nombrarnos [que] es lo que realmente importa» y, al igual que Kerstin Kempker abogó por la inclusión de la identidad política «supervivientes de la psiquiatría» por varios motivos.⁴⁵⁶ A nivel personal, la identidad de superviviente implicaba para ella no «estar arrogantemente segura u orgullosa de haber sobrevivido» sino estar moralmente comprometida con quienes no sobrevivieron y poder «trabajar con un nombre que muestre que la psiquiatría mató a algunos de mis amigos» (ENUEMH, 1995, pp. 3-4). La inclusión de la identidad de supervivientes en La Red era también para Jasna Russo, la condición de posibilidad para que muchas personas:

sigamos trabajando en ella y para ella, porque no puedes trabajar con un nombre que excluye los aspectos más importantes de tu trabajo (no sólo de tus puntos de vista). Y trabajar juntos significa hacer visibles todas nuestras diferencias, respetarlas y darles espacio para que existan entre sí, de modo que puedan convertirse en importantes fuentes de Creatividad e intercambio [...] Ambos términos, usuario y ex-usuario, tienen una fuerte conexión (en el propio lenguaje) también con el consumo de drogas, por lo que nunca podrán ser un nombre común para todas las personas de nuestra Red. [...] Existen grandes diferencias entre los servicios psiquiátricos de los distintos países europeos, y todos deberíamos saber que en algunos de ellos “usar” se convierte en una actividad que destruye la vida, por lo que la propia combinación de palabras no tiene ningún sentido (cuando usuario significa: usuario de TEC, usuario de lobotomía, usuario de inyecciones depot, usuario de celda de aislamiento, etc.) (ENUEMH, 1995, pp. 3-4).

Esta alianza en un frente de lucha común, entre quienes se autodefinían como usuarias o consumidoras de los servicios de salud mental movidas por un deseo de reforma, con quienes se definían como supervivientes de la violencia mortífera de la psiquiatría movidas por un ánimo de abolición de la misma, fue la que acabó

⁴⁵⁶ Jasna Russo se ha especializado en la investigación controlada por supervivientes, los estudios locos (*mad studies*), los estudios críticos sobre la discapacidad, el conocimiento experiencial, y las epistemologías marginales. (Beresford y Russo, 2016, 2022; LeFrançois et al., 2016; Russo, 2012, 2022, 2023; Russo y Beresford, 2015).

cristalizando y delimitando la lucha internacional de las personas psiquiatrizadas. En 1997, tanto la WFPU como la ENUEMH modificaron sus respectivos nombres para acoger la identidad de supervivientes. La primera pasó a llamarse *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP: Red Mundial de Usuarías y Supervivientes de Psiquiatría) y la segunda *European Network of ex-Users and Survivors of Psychiatry* (ENUSP: Red Europea de ex-Usuarías y Supervivientes de la Psiquiatría) (Survivors History Group, s. f.-c; WNUSP, 2013). No obstante, la negociación de la identidad política de las personas psiquiatrizadas adoptada —como toda identidad colectiva— a través de un proceso de lucha siempre contextual y estratégico e imbricado en las estructuras de poder contra las cuales se lucha, tuvo que pasar para expacientes, exreclusas, usuarias y supervivientes de la psiquiatría prácticamente en paralelo por la otra escena que las interpelaba, dada su doble codificación social como «enfermas mentales» y como individuos discapacitados y deficientes.

El desafío –y la oportunidad– de la identidad discapacitada

A mediados de los años 90 los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas en pleno proceso de internacionalización, no sólo estaban negociando su identidad política en relación al dispositivo psiquiátrico, como usuarias o supervivientes de éste, sino que también tuvieron que empezar a cuestionarse su identidad política en relación al dispositivo de la discapacidad en el que habían sido subsumidas, y más particularmente en relación a su pertenencia —o no— al movimiento social de la discapacidad que se venía desplegando en paralelo, y había alcanzado una visibilidad e influencia mucho mayor gracias a su encaje con las políticas de las Naciones Unidas que, en esta época, redundaron en políticas de Estado antidiscriminatorias.

Si bien expacientes, usuarias y supervivientes compartían valores con el movimiento de la discapacidad, entre ellos la reivindicación de la autodeterminación, de la autonomía y del saber experiencial, además de la lucha contra el paternalismo, el poder médico y la institucionalización: su constitución histórica en términos identitarios, epistemológicos y de demandas políticas, como vimos se desplegó de forma autónoma contra el dispositivo psiquiátrico/de salud mental en tanto *opresión común* y contra el estatuto impuesto de «enfermas mentales» que legitimaba las violencias de las que eran objeto como «tratamientos médicos». En su lucha el par deficiencia/discapacidad había tendido a comprenderse o bien como un sinónimo de la enfermedad mental, igualmente impuesto y vinculado al determinismo biológico que desocializaba el sufrimiento

psíquico, o como uno de los daños irreversibles resultado de las intervenciones psiquiátricas somáticas forzadas, particularmente electrochoques, choque insulínico y administración de neurolépticos. Por ello, muchas de las integrantes de este movimiento rechazaron —y todavía hoy rechazan— considerarse personas discapacitadas o portadoras de deficiencias (Lewis, 2006; Jenny Miller, 2021; Plumb, 1994; Reaume, 2002; Russo y Shulkes, 2015). No obstante la aceptabilidad de su entrada política al movimiento de la discapacidad, y los vínculos y alianzas con éste discurrieron de modo diferencial en función del territorio, en parte, aunque no sólo, por las particularidades del movimiento de la discapacidad con el que lidiaban y por las definiciones de discapacidad que se territorializaron. A continuación nos aproximaremos al caso estadounidense y británico, los dos puntos de emergencia histórica de los movimientos genéricos de la «discapacidad».

En Reino Unido el Modelo Social de la Discapacidad (MSD) que había sido conceptualizado desde la experiencia de opresión de quienes se identificaban como «físicamente deficientes» (UPIAS y DAU, 1976), fundamentó epistemológicamente —y con más intensidad que en ningún otro territorio— la identidad política del movimiento genérico de la discapacidad y de la plataforma estatal de organizaciones que lo aglutinaba, el *British Council of Organisations of Disabled People* (BCODP) (Oliver, 1990, 1996). Ésta organización, que había sido fundada en 1981 durante el proceso constituyente de la *Disabled People's International* (DPI) —en el cual había presionado para que esta adoptara el MSD (Driedger, 1989), con un resultado no del todo satisfactorio— a mediados de los años 90 iba «viento en popa»: actuaba «como la única voz representativa de las personas discapacitadas en Gran Bretaña» aglutinando a «más de 90 organizaciones de personas discapacitadas», a las que había estimulado a «adoptar una identidad discapacitada» anclada en el nódulo naturalizado de la *deficiencia* sobre el cual la «sociedad» ejercía sus influjos discapacitantes y opresivos (Oliver 1996, 155).⁴⁵⁷ Del mismo modo que DPI para las Naciones Unidas, BCODP para el Reino Unido representaba a todas las personas inscritas en la administración gubernamental de la discapacidad: incluidas expacientes, usuarias y supervivientes. El acérrimo anclaje de BCODP al MSD dio lugar en Gran Bretaña a una eclosión de debates epistemológicos que problematizaron la entrada del movimiento de expacientes

⁴⁵⁷ Recordemos que UPIAS definió la «deficiencia» (*impairment*) cómo «la *falta* de una extremidad o parte de ella o un defecto de una extremidad, órgano o mecanismo del cuerpo» y la «discapacidad» (*disability*) como «una forma de desventaja que se impone por encima de la deficiencia propia, es decir, la desventaja o restricción de la actividad causada por una organización social contemporánea que tiene poco o nada en cuenta a las personas con deficiencias físicas» (UPIAS and DAU 1976, p. 14).

usuarias y supervivientes en el de la discapacidad, bien fuera rechazándola o defendiéndola (Beresford, 2000; Beresford et al., 1996; Beresford y Wallcraft, 1997; Plumb, 1994).⁴⁵⁸

Anne Plumb, activista de *Survivors Speak Out* (SSO), la organización que vimos nacer en 1985 tras los Congresos de la WFMH y de MIND orientados a promover la participación del «consumidor» (Peter Campbell, 2006; Crossley, 2006), fue la que encendió el debate publicando en febrero del 1994 un texto actualmente emblemático para el movimiento británico titulado *...distress or disability?* (sufrimiento o discapacidad?). A Plumb (1994, p. 7) le preocupaba «la falta de conocimiento de NUESTRA historia de lucha, y la perspectiva de que las personas discapacitadas hablen en nuestro nombre sin este conocimiento» (énfasis original).

Plumb (1994) analizó, entre otros, el MSD y los documentos constituyentes de UPIAS para abordar los conflictos, en términos epistemológicos y de demandas políticas, que planteaba para el movimiento de expacientes, usuarias y supervivientes británico la entrada al movimiento genérico de la discapacidad. Partió preguntándose: «si lo que tenemos en común es suficiente para justificar que nos sumerjamos en el movimiento de la discapacidad. ¿Qué importancia tienen nuestras diferencias?» (Plumb, 1994, p. 10). Los resultados de su análisis, llegaron a conclusiones bastante similares a las que constatamos en el capítulo anterior a partir de la comparación entre ambos movimientos (usuarias y supervivientes y personas discapacitadas) en el eje EEUU-Gran Bretaña y de su confluencia en la constitución de DPI.⁴⁵⁹ Ingresar, acceder o participar del *mainstreaming* de la sociedad dijo Plumb «ipuede no ser nuestro objetivo!»; en la medida en que lo que «estamos experimentando es una opresión causada por la forma en que la organización social contemporánea da lugar y responde a la angustia [*distress*] y a la disidencia, ientonces nuestras reivindicaciones son por una sociedad *cambiada*, y un espacio para las personas que no desean unirse al “*mainstreaming*”! (Plumb, 1994, pp. 10-11). Cabe puntualizar que el movimiento de la discapacidad sí abogaba por un cambio social, pero —como ya vimos—, centrado en políticas positivas de *acceso*, que implicaba ajustes, apoyos y destrucción de barreras, y como señaló acertadamente Plumb, con el objetivo de poder participar de la vida social normal. No obstante, lo que más le molestaba a Plumb tenía que ver con la cuestión *epistemológica* del MSD, esto es

⁴⁵⁸ El debate persiste hasta nuestros días problematizando la aplicabilidad del MSD para la «locura» y el «sufrimiento psíquico» (Anderson et al., 2012; Spandler et al., 2015).

⁴⁵⁹ Ver también Capítulo VII.

con la definición de la *deficiencia* como sustrato natural del defecto del cuerpo mecánico o funcional, que tanto BDOCP como sus organizaciones afiliadas abrazaban:

La presión para unirse al BCODP (con su grupo de miembros) plantea un problema para SSO. Unirse a él supondría imponer una definición de “discapacitado” a TODOS los miembros de la red, lo que, en mi opinión, va totalmente en contra de la ética de SSO. Porque existe una ironía ineludible [...] quienes se unan [...] estarán admitiendo una deficiencia, legitimando y manteniendo así el vínculo con la “enfermedad”. Sin embargo, históricamente, desafiar este vínculo ha sido fundamental para los movimientos de pacientes y expacientes (y este desafío sigue siendo de vital importancia, sobre todo con la carrera por localizar genes aparentemente aberrantes). El movimiento de la discapacidad tiene un mayor perfil público porque, a través de sus luchas, las cuestiones de acceso (si no la más amplia igualdad de oportunidades) se está convirtiendo en algo públicamente aceptado, de “sentido común”. Las reivindicaciones de los supervivientes están tardando más en ser aceptadas públicamente. Sin embargo, creo que estamos abriéndonos paso, que existe una receptividad pública a lo que decimos sobre el sufrimiento (si no al disenso). Me parece un mal momento para perder este impulso sumergiéndonos dentro del movimiento de la discapacidad (Plumb, 1994, pp. 10-11).

El texto de Plumb (1994), y la presión por unirse al movimiento de la discapacidad se enmarcó en el contexto de las negociaciones que condujeron al *Disability Discrimination Act* británico, que fue aprobado poco después, el 8 noviembre del 1995, por el Parlamento del Reino Unido. Éste acogió la siguiente definición de deficiencia/discapacidad, una muy diferente —como veremos— a la aprobada cinco años antes en EEUU.

Sujeto a las disposiciones del Anexo 1, una persona tiene una discapacidad a efectos de esta Ley si tiene una deficiencia física o mental que tenga un efecto adverso sustancial y a largo plazo en su capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas normales (Parte 1, Sección 1) (Parliament of the United Kingdom, 1995).

El Anexo 1, especificaba que la «deficiencia mental» incluía «una deficiencia resultante de o consistente en una enfermedad mental sólo si ésta es una enfermedad clínicamente bien reconocida» (punto 1). Además establecía que se requerían un mínimo de 12 meses de afectación de la deficiencia —reales o previstos— para ser considerada «persona discapacitada» y acceder a las protecciones que establecía la ley (punto 2) (Parliament of the United Kingdom, 1995).

Poco después Peter Beresford, quién continuó promoviendo la alianza entre personas discapacitadas y usuarias y supervivientes bajo el respeto de sus diferencias bien entrado el siglo XXI (Beresford, 2000, 2015), daba cuenta junto a Gloria Gifford y Chris Harrison, de la magnitud del problema y la mutualidad del enfrentamiento, refiriéndose específicamente en el marco de los prejuicios mutuos y las diferencias epistemológicas a los principales componentes de la recién aprobada Ley Británica contra la discriminación por discapacidad:

Muchas personas supervivientes del sistema psiquiátrico no están dispuestas a verse a sí mismas como discapacitadas. Asocian la discapacidad con la medicalización de su sufrimiento [*distress*] y experiencia. Rechazan las explicaciones biológicas y genéticas de su sufrimiento impuestas por los expertos médicos. Puede que tampoco se consideren “emocional o mentalmente angustiadas”, sino que celebran su diferencia y sus percepciones particulares. Del mismo modo, algunas personas discapacitadas no sienten que las supervivientes de la psiquiatría sean discapacitadas, *porque no tienen una deficiencia física o su situación no es permanente* [...] existen temores y ansiedades en ambas partes a que se les relacione con los aspectos negativos que suelen asociarse con el otro (énfasisi mío, Beresford et al., 1996, párr. 209).

En EEUU, dónde el movimiento de la discapacidad operaba bajo la bandera de la Vida Independiente y de los Derechos Civiles, sin aferrarse a una definición de deficiencia/discapacidad como identidad política, la confluencia fue posible e incluso promovida por la indiscutible líder histórica del movimiento de expacientes Judi Chamberlin. En la primavera del 1995, Chamberlin publicó un texto en la portada de *Disability Rag & Resource*, una revista emblemática del movimiento de la discapacidad, titulado *Psychiatric Survivors: Are We Part of the Disability Rights Movement?* (Supervivientes de la psiquiatría: ¿Somos nosotras parte del movimiento de la discapacidad por los derechos? (énfasis original, Chamberlin, 1995a). En éste daba cuenta de cómo desde hacía «más de veinte años» los expacientes venían organizándose en torno a los «derechos» y la «ayuda mutua», y habían «pasado de ser unos pocos grupos minúsculos y aislados a una red nacional e internacional con conferencias, boletines, grupos de apoyo, programas alternativos de autoayuda, organizaciones artísticas y otras muchas actividades» (Chamberlin, 1995a). Reconocía que «habitualmente nos hemos considerado separados de otros activistas de la discapacidad, y el movimiento de la discapacidad, a su vez, a menudo nos ha ignorado o relegado» (Chamberlin, 1995a). Tras estas palabras Chamberlin procedía a desmontar los «mitos populares» de violencia y peligrosidad, atribuidos a las «discapacidades psiquiátricas» (*psychiatric disabilities*) (Chamberlin, 1995a).

La intervención de Chamberlin (1995a) estaba a las antípodas de la de Plumb (1994), en parte porque lidiaba con un movimiento de la discapacidad distinto, uno que no fundamentaba su identidad política en la naturalización de la deficiencia, sino en el reclamo —compartido— de la vida independiente y la autodeterminación. Además y a diferencia de Plumb, Chamberlin contaba con una categoría propia para identificar a las supervivientes dentro de la comunidad de personas discapacitadas: la «discapacidad psiquiátrica». Esta categoría había surgido en EEUU, años antes y de manera estratégica en el contexto de la *American Disabilities Act* del 26 julio del 1990, cuya definición de discapacidad, a diferencia de la que hallamos en la ley británica del 1995, contemplaba tanto la existencia de una deficiencia física o mental, como la *atribución* de ésta sin

establecer criterios temporales de exclusión.⁴⁶⁰ Chamberlin escribió un texto tras la aprobación de dicha ley en el que reflexionó, entre otros, sobre la irrupción del consumismo en el movimiento de expacientes y sobre el movimiento de la discapacidad. Allí afirmaba:

[también] hay muchos signos esperanzadores para el movimiento. El movimiento de expacientes está desarrollando alianzas con los discapacitados físicos, con los pobres y con expacientes de otros países. Los discapacitados físicos han organizado sus propios programas de autoayuda, utilizando el modelo de vida independiente. Según los principios de la vida independiente, cualquier persona —independientemente de su discapacidad física— puede vivir de forma independiente si se le proporcionan los apoyos adecuados. Estos apoyos deben ser individualizados: una persona puede necesitar equipos especiales, asistentes personales, vehículos de transporte modificados, etc. La combinación concreta de apoyos la determina la persona, en consulta con un especialista en vida independiente (que también es una persona físicamente discapacitada). A medida que el movimiento por los derechos de los discapacitados ha ido creciendo, se ha convertido también en una poderosa fuerza para el cambio legal. Durante más de diez años, este movimiento ha presionado a favor de la *American Disabilities Act*, la llamada ley de derechos civiles de las personas discapacitadas. Aunque el movimiento de expacientes entró tarde en esa lucha, la versión final de la Ley incluye a las personas con “discapacidad psiquiátrica” bajo sus protecciones (Chamberlin, 1990, p. 355).

Así pues, Chamberlin, que estaba envuelta en el movimiento de la discapacidad que operaba bajo el modelo de la vida independiente, palabra que incluyó el subtítulo de su emblemático libro *On Our Own* en la edición del 1988,⁴⁶¹ desde inicios de los años 90 ya venía percibiendo las ventajas de la alianza con el movimiento de la discapacidad. Entre las cuales destacó el «cambio legal», un pilar central de la lucha de expacientes, usuarias y supervivientes, en lo relativo al «estado de excepción» jurídico que determina el internamiento y tratamiento forzoso, la incapacitación jurídica y la inimputabilidad penal; todas ellas medidas que habían sido identificadas por expacientes y expresas como constitutivas de su opresión en Norteamérica (10th ICHRP, 1982). En este artículo de 1990 Chamberlin se limitó a celebrar la inclusión de expacientes y expresas en las protecciones antidiscriminación establecidas por la *American Disabilities Act*, bajo la categoría de «discapacidad psiquiátrica». No obstante, en el posterior artículo de 1995, vemos a Chamberlin trabajando para la inclusión de las supervivientes en el movimiento

⁴⁶⁰ «El término “discapacidad” significa, con respecto a un individuo (A) una deficiencia física o mental que limite sustancialmente una o más de las actividades vitales principales de dicho individuo; (B) un historial de dicha deficiencia; o (C) ser considerado como si tuviera dicha deficiencia [*being regarded as having such an impairment*]» (Sec. 3. Definitions, art. 2) (Senate and House of Representatives of the United States of America, 1990).

⁴⁶¹ En el subtítulo de la edición publicada por MIND en 1988: *On our own. A compelling case for patient controlled services; a real alternative to the institutions that destroy the confident independence of so many* / Por nuestra cuenta. Un argumento convincente a favor de los servicios controlados por el paciente; una alternativa real a las instituciones que destruyen la segura independencia de tantas personas (Chamberlin, 1988a).

de la discapacidad a través de la categoría jurídica e identitaria de discapacidad psiquiátrica, algo que continuó haciendo en lo sucesivo (Chamberlin, 1990, 1998).

La «discapacidad psiquiátrica» tenía sus ventajas, pues legalmente podía considerarse su deficiencia subyacente como *atribuida* y no como sustrato natural o real. El significado del que la invistieron muchos de los activistas estadounidenses pudo ser simplemente pragmático, pero también radicó, no en el reconocimiento de una deficiencia esencial y subyacente —esto es, no en la asunción de la incompletitud o el defecto en el cuerpo biológico o funcional— sino en el hecho de que «solo en virtud del etiquetado psiquiátrico» se experimenta «discapacidad en el sentido de discriminación» (Minkowitz, 2015, p. 175).

Probablemente lo que cambió entre 1990 y 1995, para que Chamberlin se pusiera a trabajar para afianzar la inclusión de usuarias y supervivientes en el movimiento de la discapacidad, fue que estas empezaron a tener un primer vínculo con las Naciones Unidas en el que descubrieron que efectivamente, en términos de derechos humanos, estaban dentro de la comunidad de la discapacidad. Éste primer vínculo aconteció cuando la WFPU, a través de Mary O'Hagan (presidenta de la WFPU al tiempo que miembro de la Junta Directiva de la WFMH) se convirtió en miembro del Comité encargado de monitorear la implementación de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Brody, 1998, p. 132; Kiriara, 2021, p. 71; WNUSP, 2001b).

Para entonces y desde el 25 de noviembre de 1994, éstas ya habían adquirido un limitado carácter jurídico vinculante con la aprobación de la Observación General N°5 sobre Las personas con discapacidad del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que, al tiempo que consagraba los rechazados PPEMSM, establecía la «obligación de eliminar la discriminación por motivos de discapacidad» de *jure* o de *facto* y recomendaba a los «Estados Partes una legislación amplia y antidiscriminatoria en relación con la discapacidad» (Comité PIDESC, 1994, párr. 15-16).

El boletín informativo de la WFPU de julio del 1995, para cuando esta integraba aproximadamente a 500 personas miembro distribuidas en 25 países, muchas de las cuales eran también miembros de la ENUEMH, informaba como notó Brody (1998, p. 132) de que «el movimiento de la discapacidad está reconociendo finalmente la enfermedad mental como una discapacidad». Hacía tiempo que el movimiento de la discapacidad, y más particularmente en el plano internacional DPI, reconocía «la enfermedad mental» como una «discapacidad mental» cuya voz representaba para las Naciones Unidas, de hecho, podría decirse que lo hizo desde el mismo momento de su

constitución (DPI, 1988; Driedger, 1989). No obstante, lo que sí sucedió es que las Normas Uniformes, que fue el primer marco de trabajo con las NU para usuarias y supervivientes incluían la «enfermedad mental» muy claramente dentro del campo de la discapacidad (Asamblea General de Naciones Unidas, 1993, párr. 17), y fue a partir de éstas, que exusuarias y supervivientes, entraron por primera vez en un foro de trabajo y debate intergubernamental sobre derechos humanos de la mano de los movimientos y organizaciones de la discapacidad, incluidas allí: *Disabled People's International*, *Inclusion International*, *Rehabilitation International*, la *World Blind Union* y la *World Federation of the Deaf* (WNUSP, 2001b).

Por entonces, la relación entre la WFMP y la ENUEMH, dos organizaciones internacionales que nacieron el mismo año, estaba ampliamente imbricada en términos de membresías pero también de espacios de diálogo. Por ejemplo, en 1995 líderes de ambas acudieron al Congreso Mundial de la WFMH, que tuvo lugar del 13 al 18 de agosto en Dublín, y en el cual O'Hagan y del Vecchio resignaron de sus puestos, y se eligieron Copresidentes de la WFMP a Leonie Manss de Australia y a Gilberto Romero, un veterano de la lucha chicana por los derechos civiles de EEUU. En este Congreso, miembros de ambas organizaciones —incluidas Chamberlin, O'Hagan y Laura Van Tosh— interpellaron a la WFMH a tomar posición y «defender el derecho de las personas diagnosticadas de enfermedades mentales a vivir en las comunidades que elijan con los mismos derechos y responsabilidades que los demás ciudadanos de sus respectivos países» (Brody, 1998, p. 132).

Ese mismo año 1995 la promoción de la igualdad y la no discriminación por motivos de discapacidad marcaba un humilde hito para el movimiento europeo de la discapacidad. Desde 1993 la Comisión Europea de DPI, amparada por el monitoreo de la implementación de las Normas Uniformes que la Unión Europea había ratificado, venía presionando a las instituciones Europeas y sus Estados miembros, a que adoptasen «medidas prácticas para garantizar los derechos humanos de las personas discapacitadas mediante la adopción o la adaptación de instrumentos jurídicamente vinculantes» (DPI-EC, 1993, p. 45). Sus prioridades no habían cambiado: «debe garantizarse a las personas discapacitadas la igualdad de oportunidades mediante la eliminación de todas las barreras socialmente determinadas, ya sean físicas, económicas, sociales o psicológicas, que excluyen o restringen su plena participación en la sociedad» y hace que se enfrenten «a tres formas de discriminación injusta - discriminación directa, discriminación indirecta y “cargas desiguales” impuestas por barreras construidas socialmente» (DPI-EC, 1993, p. 44).

Las organizaciones de personas discapacitadas y sus aliadas, continuaron su lucha persuadiendo a las instituciones europeas de «que el progreso podría avanzar más simbólicamente mediante el reconocimiento legal de la discriminación por discapacidad al más alto nivel: el Tratado de la Unión Europea» (Priestley, 2007, p. 67). La particularidad de ésta «campana por la no discriminación» es que se basó en la «reivindicación de su reconocimiento jurídico» (Priestley, 2007, p. 67). Lo cual llevó a la Comisión Europea, no a establecer la no-discriminación como legalmente vinculante sino a posicionarse «contra la discriminación» por motivos de discapacidad, y proclamar —en su informe del 7 de diciembre del 1995— como «tema central del Día europeo de los minusválidos [*disabled persons*]» la consigna «Ciudadanos de pleno derecho» (Comisión Europea, 1995, p. 1). ¿No era precisamente la ciudadanía de pleno derecho por lo que —en términos pragmáticos— luchaban expacientes, usuarias y supervivientes?

La Comisión Europea confió «la organización» del día Europeo de las Personas Discapacitadas a tres «organizaciones no gubernamentales» miembros del Foro Europeo de la Discapacidad; *Autism Europe*, el Consejo Regional Europeo de la WFMH y la *European Association of International League of Societies for Persons with a Mental Handicap*,⁴⁶² aquéllas que habían presentado el informe *Disabled People's status in European Treaties: Invisible Citizens (El Estatus de las Personas con Discapacidad en los Tratados Europeos: Ciudadanos Invisibles)* (Comisión Europea, 1995, pp. 1-2). Para usuarias y supervivientes dejar su lucha por el reconocimiento de la ciudadanía de pleno derecho en manos de la WFMH y otras agencias, no debió parecer una buena idea. En la editorial del boletín de otoño del 1995 de la ENUEMH, posterior al Congreso de la WFMH en Berlín, se podía leer de la mano de Maths Jespersen:

la diferencia principal entre el movimiento de personas usuarias y la WFMH: [...] nosotras nos atrevemos a decir la verdad sobre los lados oscuros de la psiquiatría, en este caso la horrible Ley de Tratamiento Mental de Irlanda. En Dublín no se mencionó ni una palabra al respecto. Por supuesto que no, la WFMH tenía que “ser educada” con sus anfitriones, ¡aunque eso supusiera ocultar algunas verdades desagradables! (citado en, Brody, 1998, p. 133).

Poco después, en 1996, cuando todavía no había cambiado oficialmente su nombre para incluir la identidad de supervivientes, la ENUEMH se adhirió por decisión de la Copresidencia al Foro Europeo de la Discapacidad (Russo y Shulkes, 2015; Survivors History Group, s. f.-c). Estaba claro que no personarse en la lucha por el reconocimiento

⁴⁶²Autismo Europa y Asociación Europea de la Liga Internacional de Sociedades en favor de las Personas con Deficiencia Mental (o Minusvalía Mental dependiendo de la traducción).

de la ciudadanía de pleno derecho y dejar la representación a la WFMH y otras agencias de profesionales, familiares o personas discapacitadas, era una pésima estrategia política, y probablemente esto fue lo que motivó a la copresidencia de la ENUEMH a decidir formar parte del Foro Europeo de la Discapacidad y —como ya lo hacía la WFMH— participar de la creciente influencia de la comunidad de personas discapacitadas en los espacios intergubernamentales. Sin embargo, dicha decisión no siguió un proceso democrático y tenía importantes implicaciones en términos epistemológicos y de identidad política, como ya lo mostró Plumb (1994) y como hemos venido señalando a lo largo de este capítulo y el precedente. Algunas personas lo vivieron como un duro golpe del que costó recuperarse. Éste fue el caso, por ejemplo, de Jasna Russo:

Inesperadamente me entero de que [ENUEMH] se ha unido al Foro Europeo de la Discapacidad por decisión de los presidentes. Mi mundo se desmorona. El mundo que acababa de abrirse para mí dos años antes, cuando por fin conocí a toda esta gente; gente con la que podía compartir tanto, sentirme tan cerca y trabajar juntos contra todo lo horrible e injusto de la psiquiatría. De repente, me entero de que estaba equivocada al creer que todo estaba bien conmigo. Aprendo que, después de todo, tengo una discapacidad. Lo que pasé tanto tiempo desaprendiendo, ahora tengo que volver a aprenderlo. Viniedo de mis compañeros, esto me golpea de forma diferente que si viniera de un psiquiatra. Todo en mí se rebela y duele al mismo tiempo (Russo y Shulkes, 2015, p. 29).

Ese año se celebró la *World Mental Health Day Conference* en Estocolmo (Suecia), el 10 de octubre del 1996. Judi Chamberlin, la figura más reconocida del movimiento, aquélla que encontramos en prácticamente todos los eventos internacionales y la escritora del texto canónico de la lucha de las personas psiquiatrizadas, dio allí una charla que se publicó en 1998 —en una forma retocada— bajo el título *Citizenship Rights and Psychiatric Disability* (Derechos de ciudadanía y discapacidad psiquiátrica). El título de ese texto es un indicio más de cómo la lucha de usuarias y supervivientes por la plena ciudadanía, se vio crecientemente enmarcada en el campo de la discapacidad, que sí tenía reconocimiento legal como forma de opresión.

En él Chamberlin (1998) expuso los argumentos y motivos clásicos del movimiento de expacientes, enmarcando la lucha en el principio de igualdad ante la ley, y más particularmente en el derecho de autodeterminación —o libre elección—, como aquél que moralmente debía ser reconocido contra el criterio paternalista del «interés superior», bajo el cual operaba —y opera— el internamiento y tratamiento forzoso. Este principio paternalista, decía Chamberlin, «que impulsa el sistema de tratamiento involuntario» esto es, «la idea de que un grupo (el que está en el poder, no es extraño) sabe lo que es mejor para otro grupo (que carece de poder)» era precisamente el mismo

que venía vistiendo de bondad la dominación sobre otros grupos subyugados, como las poblaciones esclavizadas o las mujeres (Chamberlin, 1998, p. 406).

De hecho, «la historia de la civilización, es en parte la lucha contra el paternalismo y por la autodeterminación» (Chamberlin, 1998, p. 406). Chamberlin, que se dirigía a un público profesional, reclamó la igualdad ante la ley y el respeto de la autodeterminación como un imperativo ético y como una cuestión de derechos humanos respecto a la cual solo cabía una excepción, que reencontraremos inscrita —con ciertos retoques y una mayor sofisticación— en la interpretación autorizada del artículo 12 (Igualdad ante la ley) de la CDPD más de quince años después (Comité CDPD, 2014, párr. 21), cuando Chamberlin ya haya muerto:

¿Es éticamente justificable recluir a personas contra su voluntad, someterlas a procedimientos contra su voluntad o anular sus decisiones vitales basándose en un diagnóstico aparentemente médico? Creo que hasta que no enmarquemos esta cuestión adecuadamente, como una cuestión de derechos humanos, seguiremos complicando lo sencillo. Creo que mis opiniones sobre la elección y la voluntariedad son aplicables a cualquier persona, independientemente de su etiqueta (o falta de etiqueta), que pueda expresar sus propios deseos y anhelos, por irracionales que puedan parecer a los demás. Todas las personas merecen que se respeten sus decisiones. Sólo aquellos que son genuinamente incapaces de tal expresión caen fuera del ámbito de mi argumento. Por genuinamente incapaces, me refiero a las personas en coma o incapaces de comunicarse por cualquier otro motivo, no a las que comunican claramente lo que otros pueden no querer oír (Chamberlin, 1998, p. 406).

Por entonces Chamberlin pertenecía —entre otras organizaciones— a la Junta Directiva de la *National Association for Rights Protection and Advocacy* (NARPA: Asociación para la Protección de los Derechos y la Defensa) (NARPA Board of Directors, 1998). Una organización que nació en 1980 como la única agencia de defensa de derechos independiente de EEUU (McLean, 2000). Su historia remitía a un encuentro que tuvo lugar en 1977 entre quienes estaban vinculados al programa de derechos de salud mental de Michigan y a la Unidad de Defensa del Paciente adscrita al *National Institute of Mental Health's*, principalmente abogados y juristas (NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental) (Bostick, 1984; McLean, 2000).

Con el tiempo la NARPA fue incorporando una creciente participación de consumidoras/usuarios/supervivientes en sus órganos de gobierno y se centró en la defensa del derecho a rechazar el tratamiento, esto es, en la lucha por la abolición del internamiento y tratamiento involuntario. En EEUU constituyó el núcleo de colaboración más significativo que persistió entre expacientes, usuarias y supervivientes y abogados, profesionales simpatizantes y otros defensores de derechos, cuyas posiciones de sujeto eran a menudo híbridas (Emerick, 1996; McLean, 2000).

Las Conferencias Anuales de NARPA, venían tomando el lugar de las emblemáticas Conferencias de Derechos Humanos y Opresión Psiquiátrica que —como vimos— fueron discontinuadas en 1985, año por excelencia de irrupción del consumismo (Jenny Miller, 2021, p. 8). La NARPA había establecido alianzas con otros movimientos vinculados a la lucha por los derechos civiles, particularmente con el de la discapacidad física, el movimiento de liberación de las mujeres, los movimientos en lucha por los derechos de las minorías raciales y étnicas, y los colectivos de gays y lesbianas (Emerick, 1996).

No obstante, según su declaración oficial de objetivos (*Mission Statement*) del 1998 su lucha estaba centrada en la defensa de quienes habían sido etiquetadas como «discapacitadas mentales» (*mentally disabled*) a su vez concebidas como las personas «receptoras de servicios de salud mental». ⁴⁶³

NARPA se dedica a promover aquellas políticas y perseguir aquellas estrategias que representan las opciones preferidas de las personas que han sido etiquetadas como “discapacitadas mentales”, NARPA se compromete a abogar por la abolición de todas las leyes de tratamiento forzoso. NARPA cree que los receptores de servicios de salud mental son capaces y tienen derecho a tomar sus propias decisiones y son, por encima de todo, ciudadanos iguales ante la ley. En la medida en que los receptores y ex receptores puedan necesitar asistencia para apoyar o expresar o lograr sus preferencias, NARPA se compromete a promover la protección de los derechos y la defensa, que se centra tanto en el derecho a elegir como en las elecciones específicas de aquellos que solicitan asistencia. Por lo tanto, la misión fundamental de NARPA es ayudar a capacitar a las personas que han sido etiquetadas como discapacitadas mentales para que aprendan a ejercer de forma independiente sus derechos legales y humanos (NARPA Board of Directors, 1998).

En la misión de NARPA encontramos una palabra clave que será central en el mandato de Igualdad ante la ley de la CDPD, la cuestión de la autodeterminación, sí, pero también el concepto de «preferencias» y la idea de que las personas a quienes se les atribuya una «discapacidad mental» pueden necesitar *asistencia* para apoyar o *expresar* sus decisiones o preferencias. La demarcación de la actividad de defensa de derechos civiles y humanos de la NARPA a la categoría de «discapacidad mental» empezó a acontecer en sus inicios, entre 1982 y 1984, año en el que ya contaba con 5 consumidores o supervivientes en su Junta Directiva (Bostick, 1984, p. 2). Desde su creación NARPA había estado centrada en las «personas» que recibían «servicios de

⁴⁶³ Esta categoría ha desaparecido de la actual «misión de NARPA [que] es apoyar a las personas con diagnósticos psiquiátricos para que ejerzan sus derechos legales y humanos, con los objetivos de abolir los tratamientos forzados y garantizar la autonomía, la dignidad y la capacidad de elección». No obstante su alcance sigue siendo el mismo, su constitución actual establece con respecto a la Junta Directiva de 17 miembros que «al menos dos (2) miembros de la Junta Directiva serán personas que hayan sido pacientes o internos en un centro para personas etiquetadas como *enfermas mentales o discapacitadas de desarrollo*. Al menos dos (2) miembros de la Junta Directiva serán *personas de color*, una de las cuales habrá sido paciente o interno en un centro para personas etiquetadas como *enfermas mentales o discapacitadas de desarrollo* (art. 1) (énfasis mío, NARPA, 2019).

salud mental» pero en ese periodo amplió su alcance para incluir la defensa de «las personas con discapacidades del desarrollo» en respuesta a diversas contingencias políticas, particularmente:

la gran organización de padres, agresiva y automotivada (*Association for Retarded Citizens* [ARC]), que ha presionado para aumentar las oportunidades de sus familiares con Discapacidades del Desarrollo [DD] en lugar de normas más estrictas para obligar al tratamiento; el clima público, que acepta mejor a las personas DD, ya que se las ve como “infantes eternos” estereotipados menos amenazadores, en lugar de temerles, culparles y estigmatizarles como se hace con las personas etiquetadas como enfermas mentales; y la iniciativa del campo de la DD hacia los servicios de habilitación y adquisición de habilidades, en lugar de la dependencia primaria del campo de la Salud Mental y el modelo médico que mistifica la enfermedad, aísla a sus afectados y mantiene el poder de curar/tratar en manos de unos pocos, predominantemente psiquiatras. A pesar de estas y otras diferencias, NARPA amplió su enfoque para abordar muchos de los problemas y preocupaciones comunes de las personas con DD, así como de las personas que reciben servicios de salud mental (Bostick, 1984, p. 2).

Así pues, hacía tiempo que la lucha más incisiva por los derechos civiles y humanos de usuarias y supervivientes en EEUU se había aunado con la lucha por los derechos civiles y humanos de las personas con «discapacidades del desarrollo» —en su caso liderada por las familias— a través de la NARPA y la fusión que ésta hizo de ambas en la categoría común de la «discapacidad mental». Una decisión nada sorprendente, pues era precisamente la «discapacidad mental» la categoría administrativa de gobierno bajo la cual NU había aunado la vieja distinción psiquiátrica entre «imbecilidad» y «enfermedad mental», para arrojar por segunda vez a los cuerpos marcados por la psiquiatría de la «sinrazón» a un estado de excepción donde el ejercicio impune de la violencia se hacía posible, esta vez de los derechos humanos universales (DDI, 1975).

La cita anterior de la NARPA también atestigua; (a) los efectos de la DDRM (NU, 1971), en su vertiente positiva de incremento de las *aptitudes* de las *mentally retarded persons*, orientada a normalizarlas y convertirlas en fuerza de trabajo, una forma de biopolítica que no estaba alcanzando a las personas etiquetadas como «enfermas mentales» y que de hecho estuvo ausente de los PPEMSM (NU, 1991), fundamentalmente centrados en perpetuar el internamiento y tratamiento forzoso, pero también; (b) un cambio social en la percepción de las *mentally retarded persons* o *feeble-minded*, que en las primeras décadas del siglo XX habían sido constituidas como el mayor peligro social de degeneración y crimen (Fernald, 1912; Kevles, 1986; Trent, 1995), y aún en los años 40 propuestas en EEUU para la «eutanasia» (Anonymous, 1942; Foster Kennedy, 1942), para pasar a mediados de los años 80 a ser vistas como «eternos infantes», una transformación que tampoco había alcanzado a las personas catalogadas

como «enfermas mentales», cuyo vínculo con el imaginario de la peligrosidad social permanecía intacto.

Entre el 19 y el 22 de Noviembre del 1998 la NARPA celebró en Albany, Nueva York, su 17ª Conferencia Anual bajo el emblema *Redoubling our Efforts* (Redoblando nuestros esfuerzos). En el marco de ésta Conferencia de la NARPA El *National Council on Disability* (NCD: Consejo Nacional sobre Discapacidad), organismo oficial asesor del Gobierno Estadounidense sobre discapacidad de carácter independiente desde 1984 — bajo el cual se había elaborado el *Americans Disability Act* de 1990— «celebró una Audiencia Pública abierta» que trataba específicamente «sobre cuestiones de política pública que afectan a las personas con discapacidad psiquiátrica» (NARPA, 1998). Una muestra más de las alianzas entre usuarias y supervivientes y el movimiento de la discapacidad estadounidense, cuyo informe resultante, *From privileges to rights: People labeled with psychiatric disabilities speak for themselves* (National Council on Disability (US), 2000),⁴⁶⁴ como veremos, tendrá importantes repercusiones (SCI, 2001).

Fue precisamente, y no por casualidad, en el marco de esta Conferencia Anual de la NARPA, particularmente en un taller «organizado por Judi Chamberlin y Marca Bristo para reunir al movimiento», dónde Tina Minkowitz —la abogada superviviente de la psiquiatría que acabe representando a WNUSP y, con ello, al colectivo de usuarias y supervivientes en la negociación y elaboración de la CDPD— tuvo, por primera vez en su trayectoria activista, la idea de «simplemente afirmar» que «las cuestiones que definen nuestro movimiento» son cuestiones relativas a la no discriminación por motivos de discapacidad, un comentario al que «Marca asintió con aprobación» (comunicación personal, 23 de julio de 2021).

Mi punto era que la autodeterminación, que es la cuestión clave para los supervivientes de la psiquiatría, tenía que ser tan central para el movimiento de la discapacidad como los ajustes razonables y la accesibilidad. El marco de no discriminación por motivos de discapacidad era y es una herramienta poderosa por razones que son política y conceptualmente relevantes, y que nos sitúan en algunos aspectos como una parte supermilitante del movimiento de los derechos de la discapacidad al tiempo que estamos al margen de él, rechazándolo y siendo ajenos a él en muchos aspectos (Tina Minkowitz, comunicación personal, 23 de julio de 2021).

La formulación de las demandas políticas de usuarias y supervivientes bajo el mandato de no discriminación por motivos de discapacidad, que en los años 90 adquirió una relevancia internacional sin precedentes, era quizás la única salida ante el ambiguo estatuto que les había sido otorgado, para evitar que otros definieran sus derechos civiles

⁴⁶⁴ De los privilegios a los derechos: Las personas etiquetadas con discapacidades psiquiátricas hablan por sí mismas.

y humanos. Su doble estatuto impuesto y reconocido dentro del paraguas de la discapacidad como parte de la categoría aglutinadora de la «discapacidad mental» y al mismo tiempo dentro de la categoría específica de la «enfermedad mental», había sido tradicionalmente rechazado como identidad política, y asumido como un obstáculo para la emancipación tanto en Norteamérica como en Europa. No obstante, en Norteamérica, incluida Canadá, las «discapacidad psiquiátrica» había ofrecido un nombre propio dentro del movimiento de la discapacidad que podía ser reapropiado estratégicamente y como identidad política (Chamberlin, 1995a, 1998; Minkowitz, 2015; Reaume, 2002).

En este sentido contrastaron enormemente las políticas de Naciones Unidas, que reconocieron la discapacidad como una forma de opresión o discriminación ilegítima, y una de sus supuestas vertientes, la «enfermedad mental» como una categoría «neutra» completamente exterior a la posibilidad de la discriminación misma. Los PPEMSM, que fue la única política específica que NU hizo para «la protección de los enfermos mentales», cerraron toda posibilidad a reconocer la «enfermedad mental» como una categoría más que podía unirse al listado de ejes de discriminación ilegítimos, la exceptuaron, como ya vimos, del principio de no discriminación para poder mantener el estado de excepción (PPEMSM, 1991, párr. 1.4). Lo notable es que en contraparte, y en la misma línea que otras políticas de derechos humanos de las NU, sí acogió en su primer párrafo la «discapacidad» —categoría paraguas que incluía la enfermedad mental— como el *primero* de los motivos ilegítimos de discriminación:

Los presentes Principios se aplicarán sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento (PPEMSM, 1991, Aplicación, párr. 1).

En 1999 la WNUSP, participó de la fundación de la *International Disability Alliance* (IDA: Alianza Internacional de la Discapacidad) que nacía como una «red de organizaciones mundiales» de personas discapacitadas y de sus familias, entre las cuales figuraron *Disabled People's International*, *Inclusion International*, la *World Blind Union* y la *World Federation of the Deaf* (IDA, 2023; Kiriara, 2021; WNUSP, 2001b). Este gesto, con el que empezó a alejarse del nódulo de la «salud mental» y del paraguas de la WFMH (WNUSP, 2001b, 2013), para inscribirse crecientemente en una naciente comunidad mundial de personas discapacitadas y aliadas de éstas, tuvo profundas consecuencias posteriormente durante las negociaciones de la CDPD, permitiendo a la WNUSP acceder a una posición de coordinación y liderazgo de las ONGs más influyentes. IDA fue el organismo que lideró y creó la plataforma de organizaciones de personas discapacitadas y aliadas de éstas, el *International Disability Caucus*, que

catalizó un grado de influencia y participación de las personas cuyos derechos humanos estaban en cuestión, sin precedentes en la elaboración de tratados de derechos humanos previos (Lord et al., 2010; Minkowitz, 2012a; Reina, 2008; Stein y Lord, 2023b).

Ese mismo año 1999, en una reunión que tuvo lugar en el contexto del Congreso Mundial de la WFMH celebrado en Santiago de Chile, la WNUSP «solicitó financiación a la *International Disability Foundation* para establecer formalmente la WNUSP, es decir, formular los estatutos, los objetivos, el plan de acción, crear una secretaría y planificar el congreso inicial» (WNUSP, 2001b, p. 2). Para entonces y desde 1998 la ENUSP ya había adquirido reconocimiento jurídico y pasó a constituir una «federación de organizaciones europeas de (ex)usuarias y supervivientes de la psiquiatría» (ENUSP, 2023, p. 1).

En aquellos momentos según Brody (1998) la ENUSP estaba experimentando un crecimiento e influencia mayor que la WNUSP, con la cual permanecía ampliamente imbricada en términos de membresías y espacios de encuentro. Los estatutos de ENUSP recogieron, al menos entre 1997 y 1999, la alianza entre personas (ex)usuarias y supervivientes de la psiquiatría bajo la siguiente declaración de intenciones:

- 1) El objetivo de la Federación es definir, promover y mejorar los derechos de las personas (ex-)Usuarías/Supervivientes de la Psiquiatría, crear y apoyar programas alternativos al sistema psiquiátrico convencional y prevenir los abusos psiquiátricos en toda Europa.
- 2) La Federación alcanzará estos objetivos mediante, entre otras actividades
 - (a) Impugnando cualquier tipo de discriminación hacia las personas que están, o han estado, sometidas al sistema psiquiátrico.
 - (b) Apoyando el desarrollo de organizaciones de (ex)Usuarías/Supervivientes en todos los países europeos.
 - (c) A nivel europeo, influir en las instituciones responsables de la elaboración de políticas, haciendo hincapié en la legislación y en las cuestiones de Derechos Humanos.
 - (d) Desmedicalizar la psiquiatría.
 - (e) Ofrecer a las (ex)Usuarías/Supervivientes un medio de comunicación para que puedan intercambiar opiniones, perspectivas y experiencias y para que puedan apoyarse mutuamente en su lucha personal, política y social contra las injusticias y el estigma psiquiátricos.
 - (f) Apoyar la autonomía de las (ex)usuarias/supervivientes a la hora de tomar sus propias decisiones.
- 3) La federación se opone a cualquier enfoque unilateral a, y estigmatización de, la angustia mental y emocional [*distress*], la locura, el sufrimiento humano y el comportamiento no convencional (citado en, Hölling, 2001, p. 103).

Poco después de que la WNUSP decidiese cortar sus últimos vínculos pragmáticos y financieros con la WFMH y mientras estaba abrazando un nuevo proceso constituyente, entre el 10 y el 12 de marzo del 2000, se celebró en Beijing (China) una Cumbre Mundial de Organizaciones No Gubernamentales sobre Discapacidad (WNUSP, 2001b; Yingfan, 2000). En ésta Cumbre varias organizaciones con las que la WNUSP seguía compartiendo espacio como miembro del Panel de Expertos que asesoraba a las NU

sobre la implementación de las Normas Uniformes, y en algunos casos también como miembro de la IDA, particularmente, *Disabled People's International*, *Inclusion International*, *Rehabilitation International*, la *World Blind Union* y la *World Federation of the Deaf*,⁴⁶⁵ adoptaron la Declaración de Beijing sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el Nuevo Siglo (*Beijing Declaration on the Rights of People with Disabilities in the New Century*) (WNUSP, 2001b; Yingfan, 2000). Wang Yingfan, Representante Permanente de China ante las NU la hizo llegar la declaración de Beijing a la Asamblea General del Consejo Económico y Social de NU que tuvo lugar entre el 5 de julio y el 1 agosto del 2000 (Yingfan, 2000).

La Declaración de Beijing persistía en la búsqueda de un instrumento jurídicamente vinculante. Reconocía que los esfuerzos de NU habían dado lugar a ciertos progresos «en los últimos dos decenios del siglo XX con respecto a los problemas que enfrentan más de 600 millones de personas con discapacidad» (DPI et al., 2000, párr. 2). No obstante, expresaba una «profunda preocupación por el hecho de que estos instrumentos y mandatos» aún no hubiesen «contribuido significativamente a mejorar la vida de las personas con discapacidad, especialmente de las mujeres y las niñas» (DPI et al., 2000, párr. 3). En consecuencia instaba a «los Jefes de Estado y de Gobierno, a los administradores públicos, las autoridades locales, los miembros del sistema de las Naciones Unidas, las personas con discapacidad, las organizaciones cívicas que participan en el proceso de desarrollo, y las organizaciones del sector privado con conciencia social» a iniciar un proceso con el fin de «elaborar una convención internacional que vincule jurídicamente a las naciones y afiance la autoridad moral de las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad» (DPI et al., 2000, párr. 7; 5). Esta demanda, relativa a la elaboración de un tratado de derechos humanos jurídicamente vinculante para las personas discapacitadas tenía una larga historia, de hecho en 1987 concluyó con el aplazamiento de la iniciativa (Despouy 1993, párr. 281).

El referente que tenían ahora estas organizaciones mundiales de la discapacidad eran las Normas Uniformes del 1993 que —como ya vimos— continuaron consagrando la DDRM, la DDI y los PPEMSM, y con ello, el estado de excepción a los derechos humanos específicamente aplicable a la dimensión mental de la deficiencia/discapacidad (Asamblea General de Naciones Unidas, 1993). Las Normas Uniformes no sólo no eran un problema, de hecho había que afianzar su «autoridad moral» en un tratado de

⁴⁶⁵ Organización Mundial de Personas con Discapacidad, Inclusión Internacional, Rehabilitación Internacional, la Unión Mundial de Ciegos y la Federación Mundial de Sordos.

derechos humanos vinculante y transversal a la categoría administrativa de gobierno de la discapacidad. No obstante, la consagración de éstas mismas Normas Uniformes, y sobre todo de las normativas previas de NU en relación con la deficiencia/enfermedad *mental* que estas consagraban, estaban a las antípodas de las demandas políticas y reivindicaciones que, para expacientes, usuarias y supervivientes, constituían el reconocimiento de sus derechos humanos.

De los Tribunales Russell y Foucault a la refundación de la WNUSP

Del 29 de junio al 2 de julio del 2001 se celebró en Berlín la Conferencia Internacional *Freedom of Thought* (Libertad de Pensamiento), que pretendía constituir «una importante contribución a los preparativos» de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia convocada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que iba a celebrarse del 31 de agosto al 8 de septiembre de 2001 en Durban (Sudáfrica) (Freedom of Thought, 2001; Naciones Unidas, 2001).

La Conferencia *Freedom of Thought*, contó con un acto inaugural la noche del viernes 29 en el Auditorio *Delphi Filmpalast* y posteriormente se dividió en dos secciones paralelas y un programa cinematográfico que tuvieron lugar durante ese fin de semana en la *Urania-Haus*, y concluyeron el lunes con una rueda de prensa: esto es, a) la celebración del Quinto Tribunal Russell,⁴⁶⁶ un Tribunal Internacional de Crímenes de Guerra, de carácter privado y popular que trató sobre Derechos Humanos en Psiquiatría, y; b) un simposio titulado *Geist Gegen Genes* (La mente desafía a los genes).⁴⁶⁷

Ambas secciones estaban en oposición directa con la creciente deriva hacia el determinismo biológico que simbolizaba el *7th World Congress of Biological Psychiatry* (7º Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica) que la *World Federation of Societies in Biological Psychiatry* (WFSBP: Federación Mundial de Psiquiatría Biológica, constituida en 1974) también estaba celebrando en Berlín en esas mismas fechas (Parker, 2001). La Conferencia contó con el patrocinio de 12 organizaciones, entre ellas

⁴⁶⁶ El primer Tribunal Russell, inaugurado por Bertrand Russell, Jean-Paul Sartre, Vladimir Dedijer, Isaac Deutscher y Lelio Basso, entre otras personalidades distinguidas, se celebró en 1967 y abordó la conducta de Estados Unidos en la guerra de Vietnam. Posteriormente, la *Bertrand Russell Peace Foundation* llevó a cabo otros tres tribunales públicos que antecedieron al de Psiquiatría y Derechos Humanos; sobre la represión dictatorial en América Latina, sobre la libertad de opinión y los derechos humanos en la Alemania Occidental y sobre los derechos de los pueblos de las poblaciones indígenas en Estados Unidos (Coates, 2019; Parker, 2001; Samuels, 2006, pp. 8-10).

⁴⁶⁷ Los archivos de la Conferencia, y el detalle del programa están disponibles en: <https://www.freedom-of-thought.de/>

y además de la *Bertrand Russell Peace Foundation* entidad organizadora de los anteriores Tribunales Russell, varias organizaciones de expacientes, usuarias y supervivientes, como la alemana *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener* (Asociación Federal de Personas con Experiencia Psiquiátrica), la israelí *Israeli Association Against Psychiatric Assault* (IAAPA: Asociación Israelí contra la Agresión Psiquiátrica) y la norteamericana *Support Coalition International* (SCI: Coalición Internacional de Apoyo) que para entonces había cosechado un triunfo sin precedentes en el que es preciso que nos detengamos (Freedom of Thought, 2001).⁴⁶⁸

La historia de SCI remite a mayo del 1990, cuando varios líderes de los principales movimientos norteamericanos de supervivientes vinculados al boletín de expacientes *Dendron*, que sustituyó la ausencia que dejó la discontinuación de la *Madness Network News*, se reunieron en una Contra-conferencia patrocinada por *Dendron* y denominada *Support-In*, celebrada en Nueva York, en paralelo la reunión anual de la *American Psychiatric Association*, dando como resultado una Coalición de 13 grupos patrocinada por la *Mental Patients Liberation Alliance de Syracuse* (Nueva York) denominada *Support Coalition International*. En 1994 se constituyó en dos organizaciones *Support Coalition Northwest* y *Support Coalition International*, que fueron fusionadas en octubre del 1999 en SCI. Desde 2005 SCI, que durante largo tiempo estuvo presidida por David Oaks, antiguo amigo y compañero de Chamberlin en el MFLF-NY, pasó a llamarse *MindFreedom International* (MFI, 2008, 2022; Oaks, 2006).

El logro histórico de SCI se celebró en el acto inaugural de *Freedom of Thought*, que involucró diversas intervenciones, entre las que quiero destacar la de Kate Millet —miembro de SCI— y la lectura del mensaje de bienvenida de Mary Robinson, Alta Comisionada de las NU para los Derechos Humanos. La «impresionante» intervención de Millet, se centró en dar testimonio de «cómo solicitó a las Naciones Unidas el estatus consultivo de organización no gubernamental en nombre de la *Support Coalition International*» (Siebrasse y Sebit, 2001, p. 1), que resultó, en enero de ese mismo año 2001, en el reconocimiento de SCI como la primera organización de personas psiquiatrizadas con carácter consultivo en las agencias de NU (SCI, 2001; United Nations Economic and Social Council, 2001).

⁴⁶⁸ Entre otras organizaciones patrocinadoras principalmente de base centro-europea, incluidas el *Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Nordrhein-Westfalen* (Grupo de trabajo estatal de Renania del Norte-Westfalia de personas que sufren psiquiatría) o la *Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg* (Asociación Estatal de Personas que Experimentan Psiquiatría Berlin-Brandenburg) (Freedom of Thought, 2001).

Millet había defendido la candidatura el 12 de febrero del 2000 y plasmado con los más vívidos detalles su experiencia del proceso de evaluación en un boletín informativo de SCI (2001). Su testimonio reveló la importancia que había tenido el Informe del *National Council on Disability* que resultó de la «Audiencia Pública sobre cuestiones de política pública que afectan a las personas con discapacidad psiquiátrica» celebrada en el marco de la Conferencia de la NARPA del 1998 de la que nos ocupamos anteriormente (NARPA, 1998). Dicho informe, titulado *From privileges to rights: People labeled with psychiatric disabilities speak for themselves*,⁴⁶⁹ elaborado por un organismo asesor oficial del Gobierno Estadounidense y dirigido a su Presidente (National Council on Disability (US), 2000), fue la mejor arma de Millet, a pesar de que la idea de definirse a sí misma como una persona con una «discapacidad psiquiátrica» la estremecía:

Ahora pedimos el estatus de ONG a las Naciones Unidas. Es un sueño hecho realidad. También es una pesadilla: soy la única que habla en nuestro nombre, soy sólo un miembro, un simpatizante, autora de El viaje al manicomio y “superviviente psiquiátrica”, la única cualificación para ser miembro y palabra clave para alguien estigmatizada como loca que, sin embargo, ha regresado o parece haber regresado de las vastas y ruidosas salas del gulag mental. Nuestra causa imposible. Y yo su imposible “representante”. Qué podría decir para hacer retroceder sus burlas, su asombrada incredulidad ante el hecho de que las personas locas se erijan en jueces de los cuerdos, se imaginen “abusadas” y su derecho humano anulado, hayan venido a quejarse contra la psiquiatría misma. Al ser etiquetados como pacientes psiquiátricos hemos perdido toda credibilidad como seres humanos. [...] Me veo bajando los largos escalones por el lado derecho, me observo con mis mejores galas, mi voluminosa figura vestida de negro con un pañuelo oscuro, curiosamente no me veo con el pañuelo que llevo hoy, sino con el rosa que llevaba el lunes cuando nunca nos llamaron, cuando Celia Brown estaba aquí, una miembro de la junta, joven y negra y enérgica y más creíble —ojalá estuviera aquí hoy—. En su lugar, esta figura lenta, de pelo blanco y ropas negras, una figura solitaria que tarda mucho en llegar. Frágil, envejecida. Recibida con la mayor cortesía que se practica habitualmente aquí, [...] Si supieran mi absoluta incapacidad para responder a pregunta alguna. Me piden que defina nuestra misión y apenas necesito leer mis notas garabateadas, para explicar que nos dirigimos a los abusos de los derechos humanos en el marco de la psiquiatría coercitiva, a saber, la administración forzosa de drogas, el electroshock, la inmovilización en cuatro puntos y el internamiento y encarcelamiento involuntarios. Se oye un susurro de interés. Respondo a esto y continúo diciendo que nuestro papel es la educación, romper el silencio que rodea a estas cuestiones en todas partes, formar una red de apoyo a las víctimas de estos abusos y educar al público y a los responsables políticos, y formar a los defensores. Me olvido de mencionar la revista Dendron, pero me apoyo en su cobertura del informe del *National Council on Disability*, pues aquí hay al menos cierta credibilidad, una agencia gubernamental y una ley liberal que hay que hacer cumplir. Una vieja amiga del movimiento, Rae Unzicker, ayudó a redactarlo. “Las personas con discapacidad psiquiátrica” (lenguaje que me estremece, pero que establece un tono que podrían comprender) “se ven privadas sistemáticamente de sus derechos como no lo ha sido ningún otro grupo de la discapacidad”. Para corroborar esto, el consejo celebró audiencias en Albany, Nueva York, en 1998, “y escuchó testimonios que describían gráficamente cómo las personas con discapacidad psiquiátrica han sido golpeadas, sometidas a electrochoques, aisladas, encarceladas, contenidas, violadas, privadas de comida y de privilegios en el baño y maltratadas física

⁴⁶⁹ De los privilegios a los derechos: Las personas etiquetadas con discapacidades psiquiátricas hablan por sí mismas.

y psicológicamente en las instituciones y en sus comunidades, y sistemáticamente privadas de sus derechos y tratadas como menos que ciudadanos y seres humanos de pleno derecho.” Un susurro de interés, la energía de la atención en las figuras que tengo ante mí, el rostro encantador de una mujer, supongo que una delegada latina, que escucha y asiente: ella será mi guía y mi faro. Ahora me atrevo a decir que el propio término enfermo mental denota a alguien menos que humano que, en virtud de la categoría jurídica de “juicio sustitutivo”, ha perdido a todos los efectos su condición civil e incluso humana. A continuación resumo las conclusiones del consejo: “Las leyes que permiten el uso de tratamientos involuntarios, como la administración forzosa de drogas y el internamiento hospitalario y ambulatorio, deben considerarse intrínsecamente sospechosas porque son incompatibles con el principio de autodeterminación”. El informe llegó incluso a la conclusión de que “las políticas públicas deben avanzar en la dirección de un sistema sanitario basado en la comunidad totalmente voluntario”. Ya que “el tratamiento en salud mental debe ser curativo, no un castigo”. La cara que busco sonríe y asiente. “En consecuencia”, prosigue el Informe, “debe prohibirse el uso de tratamientos aversivos, incluidas las contenciones físicas y químicas, la reclusión y técnicas similares que restrinjan la libertad de movimiento”. Incluso llegando a lo que Rae consideró su mejor momento “La política pública debe avanzar hacia la eliminación de la terapia electroconvulsiva”. A estas alturas ya hay preguntas, los delegados han levantado sus carteles de cartón para indicar que hay que unirse al debate. Me detengo asombrada de haber llegado tan lejos. La señora me sonríe, las otras caras, cuando puedo verlas emiten una energía diferente: perplejidad, algo de hostilidad, mucho interés (Kate Millet citada en, SCI, 2001, pp. 1-3).

El breve mensaje de Robinson (2001, p. 1), la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, fue un gesto de simple cortesía que a nada se comprometía. Afirmaba su complacencia por que «esta conferencia sobre la libertad de conciencia [...] se centre en los campos de la psiquiatría y la biotecnología» cuyos «extraordinarios» avances «encierran la promesa de nuevas mejoras en nuestra calidad de vida, pero también plantean cuestiones fundamentales de derechos humanos». También se refirió a la «Conferencia de Durban» como aquélla que «brinda a la comunidad internacional la ocasión de abrazar la diversidad de la humanidad y [...] alienta en el pleno ejercicio de todas sus capacidades inventivas, creativas y morales, potenciadas por la participación igualitaria de hombres y mujeres», felicitó la iniciativa y expresó sus «mejores deseos de éxito en la Conferencia» (Mary Robinson, 2001).

El derecho humano a la libertad de pensamiento, conciencia y religión postulado en la DUDH (Art. 18), como lo indica el título de la Conferencia *Freedom of Thought*, en conexión con el poder psiquiátrico y psicológico, fueron los ejes aglutinadores de la misma, cuyo Tribunal Russell, tuvo la clara intención de incidir en las recomendaciones que derivaran de la Conferencia Mundial de Durban. Lo cual no deja de dar cuenta de cómo la primera entrada de la WFMH en el campo de los derechos humanos, a partir de la condena del uso del poder de la psiquiatría en URSS para subyugar la disidencia política (Brody, 1998, p. 354; WFMH, 1972), eje de problematización central del que nacieron los PPEMSM (Daes, 1983), marcó profundamente la forma de pensar los derechos humanos de las personas psiquiatrizadas. El manifiesto de presentación de la

Conferencia que encontramos en su archivo, revela que la argumentación sobre el título y eje aglutinador de la misma se alimentó de dos fuentes: a) un artículo publicado por Richard Gosden (1997) titulado *Shrinking the freedom of thought: How involuntary psychiatric treatment violates basic human rights* (Reduciendo la libertad de pensamiento: Cómo el tratamiento psiquiátrico involuntario viola los derechos humanos básicos), y atención —de manera paradójica e irónica— se citaron los PPEMSM:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos garantiza a todos los seres humanos el derecho fundamental a la libertad, el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, así como el derecho a la libertad de opinión y de expresión (*Artículos 3, 18 y 19*). Éstos se garantizan a todos “sin distinción alguna” (*Artículo 2*). Son derechos inviolables e indivisibles. No pueden imponerse limitaciones legítimas a la posesión de una creencia. La manifestación de creencias sólo puede restringirse cuando “sea necesario para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de los demás”. A menos que sea necesario evitar un peligro de este tipo, no se justifica ninguna intrusión (Gosden, 1997). [...] Así, *ex negativo* entendemos la extraña necesidad de confirmar, como se hace en los “Principios para la protección de los enfermos mentales y para la mejora de la atención de la salud mental” que “toda persona tiene derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos” (énfasis original en cursiva, subrayado mío, Bauer, 2001).

Partiendo de este limitado enfoque sobre los derechos humanos de las personas psiquiatrizadas a la «libertad de conciencia», cuya restricción podía justificarse en base al criterio legitimador por excelencia del internamiento y tratamiento involuntario (riesgo para uno mismo o para los demás), no sorprenden los ambivalentes resultados a los que dio lugar el veredicto del Tribunal Russell sobre Psiquiatría y Derechos Humanos en comparación con su antecedente más inmediato: *The Foucault Tribunal on the State of Psychiatry* (Tribunal Foucault sobre el Estado de la Psiquiatría) que había tenido lugar también en Berlín apenas tres años antes, en 1998.

El Tribunal Foucault a diferencia del Tribunal Russell, se caracterizó por contar con un jurado íntegramente compuesto por personas con «experiencia personal de violencia en psiquiatría» seleccionadas por el colectivo *Irren-Offensive* (Ofensiva Lunática) y el grupo de preparación del mismo, entre ellas y como presidenta Kate Millet, cargo que también asumió en el Tribunal Russell (Foucault Tribunal, 1998; Freedom of Thought, 2001).⁴⁷⁰ De hecho había un importante solapamiento entre ambos, no sólo a nivel de organizaciones patrocinadoras de usuarias y supervivientes, jurado y ciudad de

⁴⁷⁰ Los archivos del Tribunal Foucault, incluida la película documental que derivó de éste en la que se pueden visualizar no solo los escalofriantes testimonios, y la defensa de la parte acusada, sino también la deliberación del jurado y la elaboración del veredicto, pueden ser consultados en: <https://www.foucault.de/title.htm>

celebración, sino también a nivel de la acusación, que en ambos casos contó con la participación de Thomas Szasz (Foucault Tribunal, 1998; Freedom of Thought, 2001).

No obstante, el Tribunal Foucault a diferencia del Tribunal Russell contó con representación de la parte acusada, jurado íntegro de personas que habían sido objeto de violencia psiquiátrica, y giró entorno, no a la libertad de conciencia, sino a un nuevo «concepto de locura» acorde con la interpretación de Foucault (Foucault Tribunal, 1998; Freedom of Thought, 2001). El Tribunal Foucault concluyó el 2 de mayo del 1988 con un veredicto que culpabilizó a la psiquiatría de crímenes contra la humanidad por no renunciar —la parte acusada— al uso de la violencia:

Concluimos que, al no estar dispuesta a renunciar al uso de la fuerza, la violencia y la coacción, la psiquiatría es culpable de crímenes contra la humanidad: la destrucción deliberada de la dignidad, la libertad y la vida. Sobre todo a través de la categoría jurídica de “enfermo mental” que permite una privación total de los derechos humanos y civiles y de las leyes de la justicia natural.

Además, la psiquiatría no puede pretender el arte de curar, al haber violado el juramento hipocrático mediante un uso consciente de fármacos nocivos, causantes en particular de la epidemia mundial de discinesia tardía, así como de otras intervenciones que reconocemos como torturas: internamiento involuntario, drogadicción forzosa, inmovilización en cuatro puntos, electroshock, todas las formas de psicocirugía e internamiento ambulatorio.

Estas prácticas y esta ideología permitieron a los psiquiatras de la época nazi llegar al extremo del asesinato masivo sistemático de reclusos con el pretexto del “tratamiento”. La psiquiatría no sólo se niega a renunciar a la fuerza que históricamente ha obtenido del Estado, sino que incluso asume el papel de agente altamente remunerado y respetado de control social y de policía internacional sobre el comportamiento y la represión de la disidencia política y social.

Consideramos que la psiquiatría es culpable de la combinación de fuerza e irresponsabilidad, una definición clásica de los sistemas totalitarios. Exigimos la abolición de las leyes sobre “pacientes mentales” como primer paso para que la psiquiatría rinda cuentas ante la sociedad. Para ello, deberán compensarse los daños que ha causado. También se deberán destinar fondos públicos a alternativas humanas y dignas a la Psiquiatría («The Verdict of the Foucault Tribunal», 1998).

El resultado del Tribunal Russell, que contó con un jurado definido como venía siendo su tradición principalmente por méritos intelectuales, estuvo dividido y su veredicto fue mucho más benevolente. Se caracterizó por una participación minoritaria de personas con experiencia de violencia psiquiátrica en el jurado, principalmente Kate Millet y en otro plano Otto Klein, superviviente de Auschwitz y de los experimentos de Mengele, y por no contar con la parte acusada, una tradición de los Tribunales Russell, que se intentó revertir sin resultado. La *World Psychiatric Association* no respondió a la invitación y la Catedrática de Psiquiatría «Isabella Heuser, de la *Freie Universität* de Berlín, donde debía celebrarse la conferencia», y dónde se había celebrado el Tribunal Foucault, respondió exigiendo a «las autoridades universitarias que se negaran a permitir que la conferencia se celebrara en sus edificios, por lo que en una fase muy

tardía hubo que encontrar un nuevo lugar de celebración» (Freedom of Thought, 2001; Parker, 2001, p. 120).

La acusación de Thomas Szasz y George Alexander, y los testimonios de violencia psiquiátrica que se personaron, entre ellos los de una mujer que estuvo a punto de ser exterminada en las cámaras de gas nazis, concluyeron con un doble veredicto, uno de carácter mayoritario (Millett et al., 2001) y otro minoritario que discrepaba del primero en sus párrafos más subversivos literalmente copiados del Veredicto del Tribunal Foucault (Coelho y Harel, 2001). La comparación entre ambos veredictos evidencia que hubo un primer intento de llegar a un consenso —pues muchos de sus párrafos iniciales son idénticos—, y que el desacuerdo más fundamental se produjo hacia el final del proceso a partir del modelo y antecedente que aportaba el veredicto del Tribunal Foucault, cuya radicalidad en torno al reconocimiento de los «crimines contra la humanidad» finalmente ambos desestimaron.

Los veredictos mayoritario y minoritario del Tribunal Russell coincidieron en; a) reconocer «graves abusos de los derechos humanos en nombre de la psiquiatría» «extendidos» y en «gran medida no reconocidos»: b) deplorar «el encarcelamiento de personas contra su voluntad en nombre de la psiquiatría»; c) plantear continuar las investigaciones y audiencias; d) recomendar «una estricta supervisión legal y política de los hospitales psiquiátricos y de las prácticas psiquiátricas» como «un requisito previo para la protección efectiva de los derechos humanos»; d) así como: «mecanismos legales» que debían incluir «la representación legal, el acceso a los documentos pertinentes, la responsabilidad civil o penal por el encarcelamiento y la prohibición de la discriminación contra los “enfermos mentales”» y; e) «medidas políticas y públicas» incluido «un examen público crítico del papel de la psiquiatría, su base científica y la justificabilidad de la práctica psiquiátrica contemporánea» (Coelho y Harel, 2001; Millett et al., 2001). La diferencia fundamental se manifestó en los dos últimos párrafos que contuvo el veredicto mayoritario, copiados literalmente del veredicto del Tribunal Foucault —con un cambio de palabra por su sinónimo— y del cual se desmarcaron Paulo Coelho y Alon Harel:

La psiquiatría no sólo se niega a renunciar a la fuerza que históricamente ha obtenido del Estado, sino que incluso asume el papel de agente altamente remunerado y respetado de control social y de policía internacional sobre el comportamiento y la represión de la disidencia política y social.

Consideramos que la psiquiatría es culpable de la combinación de fuerza e irresponsabilidad, una definición clásica de los sistemas totalitarios. Exigimos la abolición de las leyes sobre “salud mental” como primer paso para que la psiquiatría rinda cuentas ante la sociedad. Para ello, deberán compensarse los daños que ha causado. También se deberán destinar fondos públicos a alternativas humanas y dignas a la Psiquiatría (Millett et al., 2001).

Como señaló Ian Parker (2001, p. 121), el Tribunal Russell concluyó con la idea de ser continuado en otras dos reuniones a realizar en Nueva York y Jerusalén en medio de una disputa, en la que Thomas Szasz «acusó al jurado de llegar a un veredicto con el que la psiquiatría estaría contenta», y afirmó «que el veredicto era “esencialmente una declaración del *World Congress of Psychiatry*”», lo cual dio lugar a un enfrentamiento público entre Szasz y Kate Millett, presidenta del Tribunal.

Menos de tres semanas después de la clausura del Tribunal Russell, entre el 20 y el 21 de julio del 2001, la WNUSP celebraba en Vancouver (Canadá) su primera asamblea independiente, aquella que la constituyó como entidad jurídica gracias a la financiación de los 30.000 dólares que había recibido de la *International Disability Foundation* afincada en EEUU (WNUSP, 2001b, p. 2). En esta Primera Asamblea General la WNUSP contó con una representación menor de la que había gozado a mediados de los 90, un total de 12 naciones y 35 organizaciones predominantemente de Canadá (n=12) y de EEUU, nación en la que quedó incluida SCI (n=10),⁴⁷¹ si bien también figuraron organizaciones de seis naciones europeas (Austria, Bélgica, Dinamarca, Alemania, Holanda, Noruega) y de Australia, Israel, Japón y Taiwán (WNUSP, 2001b, p. 1). Otras 55 organizaciones habían solicitado para entonces membresía (WNUSP, 2001b, p. 3).

La WNUSP renacía allí como:

una organización internacional de receptores actuales y pasados de servicios de salud mental [que] se dedica a proteger los derechos humanos, la autodeterminación y la dignidad de todas las personas usuarias/supervivientes del mundo [...] diseñada para promover el movimiento [...] en todas las naciones del mundo e iniciar el cambio y la

⁴⁷¹ SCI tuvo un estatuto internacional algo ambivalente, por ello no la incluí en el apartado sobre los inicios de la internacionalización del movimiento de usuarias y supervivientes, si bien tuvo un papel muy relevante en dicho proceso. Por ejemplo, Chamberlin, que era miembro de SCI, en 1995 no la nombró como organización internacional solo refiriéndose, como organizaciones internacionales a la WFPU y a la ENUEMH y señalando que «los vínculos entre EEUU y Canadá se están reforzando, para que podamos hablar con una voz norteamericana unida» (Chamberlin, 1995b, p. 45). En 1993 SCI se anunciaba como una organización de supervivientes de la psiquiatría y sus aliados en EEUU y Canadá (Foner, 1993). En 1996 registraba 40 grupos principalmente en EEUU y Canadá, con algunas afiliaciones en Europa y Nueva Zelanda (*Dendron: voice of Support Coalition International*, 37/38, Summer 1996, 1996). En el año 2000 se registraron 50 grupos en 7 países (SCI, 2000) y también aproximadamente a 100 grupos distribuidos en 14 países [*countries*] en el momento de su candidatura a estatus consultivo en NU (SCI, 2001). En 2001, como vimos, formó parte constituyente de la WNUSP como organización estadounidense, donde sus representantes votaban por la región de las Américas (WNUSP, 2001b). Al mismo tiempo y de manera intrincada la WNUSP era miembro de SCI/MFI. La membresía recíproca fue, según Tina Minkowitz, como se manejó la cuestión de que «en principio ambas fueran internacionales» (comunicación personal, 23 de julio de 2021). Por otro lado, el vínculo entre la WNUSP y la ENUSP se clarificó en la segunda Asamblea General de la WNUSP: «La relación entre la ENUSP y la WNUSP es una relación no competitiva. La ENUSP acepta que la WNUSP represente a las personas usuarias y supervivientes a nivel mundial. La WNUSP acepta que la ENUSP represente a las personas usuarias y supervivientes a nivel europeo» (WNUSP, 2004a, p. 6).

reforma necesarios en la forma en que el mundo ve y trata a las personas etiquetadas como “enfermas mentales” (WNUSP, 2001a, p. 1).

Uno de los problemas más importantes que se planteó en esta Primera Asamblea General es que si bien la WNUSP tenía como objetivo representar «las 4 regiones del mundo (América, Asia y Pacífico, Europa y Federación Rusa, África y Oriente Medio)» no contó con «ninguna persona de África y Oriente Medio» por lo que se decidió que la Junta Directiva, que debía comprender esa pluralidad de posiciones, tenía permiso para «cooptar a una persona de esa parte del mundo» y considerar África como el lugar de Reunión de la próxima Asamblea general (WNUSP, 2001b, p. 6). Las votaciones para los cargos resultaron en la elección de dos mujeres como copresidentas Judi Chamberlin (EEUU) e Iris Hölling (Alemania) (WNUSP, 2001b, p. 2). Se mantuvo la secretaría a cargo de Eva Hansen en Dinamarca de manera remunerada hasta acabar los fondos y luego voluntaria, pues el otro gran problema que marcó este nuevo inicio fue la escasez de financiación.

La Asamblea General, se organizó en cuatro grupos de trabajo (Normas Uniformes, PPEMSM, derechos humanos, y Plan de Acción) y produjo cinco resoluciones: a) contra el tratamiento forzoso; b) contra el electrochoque forzoso; c) en apoyo al *Mad Pride* que se estaba celebrando en cinco países; d) en acogida del lema *NOthing about us without us* (Nada sobre nosotras sin nosotras) desde el cual venía operando el movimiento de la discapacidad, y; e) por la divulgación pública del dinero recibido de la industria farmacéutica de todas las conferencias y organizaciones que aborden cuestiones psiquiátricas, resolución a la que se unió la Asamblea General de la WFMH del 2001.

Como era de esperar el trabajo sobre los PPEMSM dio lugar a la aprobación de la siguiente declaración: «La WNUSP pide la abolición de los Principios de las NU, ya que violan los derechos humanos», y a la recomendación de «crear un grupo de trabajo de la WNUSP para redactar nuevos principios desde la perspectiva de las personas usuarias/supervivientes [...] que debe estar formado por miembros culturalmente diversos para representar una visión completa del mundo» y «presionar a la Asamblea General» para que los adopte (WNUSP, 2001b, p. 4). En consecuencia la WNUSP aprobó por unanimidad un Human Rights Position Paper, (Documento de posición sobre derechos humanos) partiendo de un borrador que había desarrollado en 1994 Paolo del Vecchio, antiguo Copresidente de la WFPU (WNUSP, 2001a). Éste contenía, entre otros, la declaración de principios que debían guiar la lucha por la abolición de los PPEMSM, dando cuenta de la amplia gama de vulneraciones de derechos humanos a las que estaban sometidas (ver Tabla 2), y una nota aclaratoria sobre la «diversidad de opiniones» respecto a las identidades políticas de usuarias/supervivientes, que por

«brevedad» representaban a las «personas que han experimentado el sistema de salud mental» incluyendo «personas usuarias, supervivientes, consumidoras, clientes, expacientes, etiquetadas psiquiátricamente, exreclusas, etc.» (WNUSP, 2001a, p. 4).

Esta cuestión es importante porque señala el dispositivo de opresión contra el cual luchaban, pero también su contexto occidental de emergencia e implantación capilar. Más adelante veremos como las personas de la todavía ausente África, etiquetadas como «enfermas mentales» en territorios dónde el imaginario psiquiátrico colonial y su violencia había permeado en las prácticas culturales, las leyes y otras instituciones, pero dónde operaban escasos servicios psiquiátricos que «usar» o a los que «sobrevivir» se desmarquen de las identidades políticas de usuarias y supervivientes de la psiquiatría por ser una importación occidental, vacía de sentido en su lucha contra la opresión (Eromosele, 2021; Iga, 2021; PANPPD, 2014; Robb, 2018).

TABLA 2. DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA WNUSP, APROBADA EN SU PRIMERA ASAMBLEA GENERAL DEL 2001.

He optado por presentarla en una tabla que facilita la visualización de su estructura doble y refleja, la afirmación positiva de un derecho y en la mayoría de los casos, una formulación de las violaciones más frecuentes del mismo (WNUSP, 2001a, pp. 2-4).

<i>Toda usuaria/superviviente...</i>	<i>(A) Ninguna usuaria/superviviente...</i>
tendrá derecho a ser representada en su nombre	se le negará la oportunidad de tener un defensor o abogado que garantice la protección de sus derechos
tendrá cubiertas sus necesidades básicas	estará sometida al hambre, la pobreza, la falta de vivienda o la falta de atención sanitaria adecuada.
estará plenamente integrada como cualquier ciudadano dentro de cualquier comunidad	será segregada y relegada a viviendas separadas o a zonas separadas de las comunidades.
de un hospital o centro de salud mental tendrá, además de estos principios, los siguientes derechos: comunicación privada y sin restricciones, lo que incluye recibir y enviar cartas sin abrir y que las cartas salientes se sellen y se envíen por correo, acceso al teléfono, recibir visitas de su elección, presentar quejas y que éstas se escuchen y resuelvan rápidamente con procesos de apelación establecidos, conservar, utilizar y vender sus pertenencias personales, participar en el desarrollo y revisión de su plan de “tratamiento” y ser dada de alta o liberada si así lo desea.	
	se le negará la oportunidad de obtener un permiso de conducir o una licencia profesional, mantener relaciones íntimas personales de su elección, casarse, divorciarse, etc.
tendrá derecho a recibir una remuneración equitativa por cualquier trabajo realizado	será obligada a trabajar ni recibir una remuneración inferior a las escalas equitativas por un trabajo equitativo.
tendrá la oportunidad de participar en servicios alternativos	no se restringirá a ninguna usuaria/superviviente la participación en alternativas voluntarias de autoayuda, así como en otros apoyos como la espiritualidad, la meditación, la acupuntura, el yoga, etc., y se pondrán a disposición alternativas voluntarias de autoayuda en todas las comunidades
tendrá la oportunidad de informarse sobre el movimiento de usuarias/supervivientes	no se restringirá a ninguna usuaria/superviviente la posibilidad de informarse sobre este movimiento.
tendrá derecho a la confidencialidad y al acceso a cualquier registro o documento que le concierna	no se violará el derecho a la intimidad de ninguna usuaria/superviviente
será informada de sus derechos y de estos principios.	

México y la llamada a la Convención para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad

Poco después de que concluyera la Primera Asamblea General de la WNUSP, entre el 31 de agosto y el 8 de septiembre de 2001, tuvo lugar en Durban la esperada Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia que había convocado la Asamblea General de Naciones Unidas (2001). El Tribunal Russell, que fue retransmitido en directo, cumplió su función de visibilizar la lucha de las personas psiquiatrizadas por los derechos humanos y la violencia derivada del poder-saber psiquiátrico (Siebrasse y Sebit, 2001), pero no consiguió reconocimiento alguno en lo que respecta a su misión principal; las recomendaciones de la Conferencia de Durban. Ni una sola palabra, en el informe que de ésta derivó, sobre la psiquiatría o las vulneraciones de derechos humanos que afectaban a las personas diagnosticadas de «enfermedad mental» (Naciones Unidas, 2001).

En contraparte, las organizaciones mundiales de la discapacidad física, sensorial e intelectual sí consiguieron incluir la demanda política que vehicularon en la Declaración de Beijing (DPI et al., 2000), gracias a la exitosa campaña de México «por incluir la discapacidad como parte del Programa de Acción adoptado en la Conferencia Mundial contra el Racismo de Durban» (Stein y Lord, 2023b, p. 1). México interpeló en su campaña a los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas (ODM, 2000), y más particularmente al objetivo de reducir a la mitad la pobreza en el mundo para el 2015, enfatizando la omisión que se había hecho en torno a la sobrerrepresentación del grupo de personas con discapacidad, que se encuentran entre las más pobres entre las pobres: «la idea básica de la campaña mexicana era que, a la luz de esta omisión, era necesario un instrumento específico de derechos humanos para garantizar que las personas con discapacidad no quedaran rezagadas en los esfuerzos mundiales de desarrollo» (Kayess y French, 2008, p. 17).

El Programa de Acción resultante de la Conferencia de Durban invitó «a la Asamblea General de las Naciones Unidas» a que considerase «la posibilidad de elaborar una convención internacional integral y amplia para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas discapacitadas, que comprenda especialmente disposiciones para abordar las prácticas y tratos discriminatorios que las afectan» (Naciones Unidas, 2001, párr. 180). Unas pocas semanas después México continuó su campaña presentando a la reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York la propuesta que, el 19 de diciembre del 2001, dio lugar a que ésta «teniendo presente»

la recomendación de la Conferencia de Durban resolviera (Kayess y French, 2008; Lord et al., 2010; Stein y Lord, 2023b):

establecer un comité especial abierto a la participación de todos los Estados Miembros y observadores de las Naciones Unidas para que examine propuestas relativas a una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad sobre la base de un enfoque holístico de la labor realizada en las esferas del desarrollo social, los derechos humanos y la no discriminación (Asamblea General de Naciones Unidas, 2001, párr. 1)

Una Convención amplia e integral que, en virtud de la doble codificación administrativa de la «locura» como enfermedad y como deficiencia/discapacidad mental, implicaba una necesaria toma de posición para la WNUSP, que —como vimos— poco antes había consensuado trabajar para abolir los PPEMSM y presionar a NU para sustituirlos por los otros alineados con sus demandas de derechos humanos (WNUSP, 2001b). La propuesta de Convención inauguró un escenario sin precedentes para usuarias y supervivientes con dos alternativas de elección fundamentales; a) entrar al proceso de negociación de la Convención y trabajar desde allí para abolir los PPEMSM e imprimir sus derechos humanos en un tratado con carácter jurídico vinculante, eso sí, operativo desde un marco de reconocimiento preestablecido, el de la deficiencia/discapacidad que —como vimos— entraba en tensión con sus epistemologías y no había tenido buena acogida como identidad política, o; b) dejar que representantes gubernamentales, Agencias de derechos humanos y ONGs ajenas a su lucha consagrarán una vez más su estatuto de exceptuación de los derechos humanos, pues la Convención iba a afectarles de cualquier modo, con el más probable resultado de que los PPEMSM —o una política similar— adquiriera carácter jurídico vinculante.

Nada sobre nosotras sin nosotras: la alianza discapacitada en la definición de su derecho (a lo) humano

La WNUSP se incorporó al proceso de la Convención en junio del 2002 en el marco de las iniciativas emprendidas por el gobierno de México previas a la celebración del Primer Periodo de Sesiones del Comité Especial, que involucraron la organización de «una reunión interregional de expertos con representantes internacionales y latinoamericanos del movimiento de la discapacidad para debatir propuestas y enfoques sobre el tratado» (Minkowitz, 2012a, p. 2). Lo hizo a través de una propuesta producida por la activista estadounidense Tina Minkowitz en cooperación con Karl Bach Jensen, que partía del absoluto rechazo a los PPEMSM y fundamentaba las demandas políticas de exusuarias y supervivientes en el principio de no-discriminación por motivos de discapacidad (Minkowitz, 2012a; WNUSP, 2002). Una idea que como avanzamos Minkowitz había tenido personalmente por primera vez en el contexto del Congreso de la NARPA del 1998 (comunicación personal, 23 de julio de 2021), y en la que continuó trabajando los años venideros en el marco de su formación jurídica como abogada: «fusionar la lucha contra la discriminación por discapacidad con las normas de derechos humanos para abordar la abolición de los malos tratos psiquiátricos» (Minkowitz, 2012a, p. 1).

México había preparado una “propuesta de elementos” para una Convención, y la WNUSP respondió enviando comentarios sobre su borrador, así como nuestra propia declaración de cuestiones prioritarias y cómo deberían abordarse desde una perspectiva de derechos humanos. Nuestras aportaciones fueron bien acogidas tanto por el gobierno mexicano como por las demás ONG presentes, lo que dio lugar a enmiendas al borrador mexicano, así como a una declaración conjunta de los representantes de la sociedad civil que incorporaba nuestras posiciones. Esta declaración conjunta, “¿Qué derechos debe contener un tratado?”, de Gerard Quinn, Rodrigo Jiménez, María Soledad Cisternas y Marcia Rioux, se utilizó como marco de debate en la primera reunión del Comité Especial, que tuvo lugar en julio de 2002 (Minkowitz, 2012a, p. 2)

La propuesta de la WNUSP planteaba «los problemas de derechos humanos de las personas etiquetadas con discapacidad psiquiátrica y la mejor forma de abordarlos mediante una Convención sobre Discapacidad» (WNUSP, 2002, p. 1). Remitía al Documento de Posición de Derechos Humanos de la WNUSP (WNUSP, 2001a) y a su Declaración de abolición de los PPEMSM (WNUSP, 2001b, p. 4), explicitando que los rechazaba porque «las normas internacionales deben reflejar la experiencia y los conocimientos de las propias personas con discapacidad, especialmente a la hora de definir las violaciones de los derechos humanos» y porque «no son una fuente legítima de orientación sobre nuestros derechos humanos, y deben ser revocados e ignorados en el proceso de elaboración de la Convención sobre Discapacidad» (WNUSP, 2002, p. 3).

La WNUSP (2002), adoptó en aquel documento unos principios que guiaron su trabajo posterior en el proceso de elaboración de la Convención y que fueron sintetizados del siguiente modo:

- 1) Nosotras (y no otras) definimos nuestros derechos humanos;
- 2) La privación de libertad basada en la discapacidad es una discriminación ilegal/ilegítima [*unlawful*];
- 3) Las intervenciones forzosas en nombre del tratamiento constituyen tortura;
- 4) Tenemos derecho a un estatus legal igual al de los demás, incluida la capacidad legal; y
- 5) Tenemos derecho a la igualdad en los derechos económicos, sociales y culturales y al fin de todas las formas de discriminación, incluyendo las que se dan en nuestras comunidades y en los medios de comunicación. (Minkowitz, 2012a, pp. 2-3).

El proceso constituyente de ésta Convención, la primera del siglo XXI y por ende la primera que se negoció con acceso a Internet y teléfonos inteligentes (Stein y Lord, 2023b), involucró en total ocho Períodos de Sesiones del Comité Especial, de entre una y dos semanas, que tuvieron lugar entre el 29 de julio del 2002 y el 5 de diciembre del 2006, día en el que éste decidió recomendar a la Asamblea General que aprobara la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (Stein y Lord, 2023a). En el transcurso de este proceso y tras el Segundo Periodo de Sesiones el Comité Especial puso en marcha un Grupo de Trabajo que operó entre el 5 y el 16 de enero del 2004 para producir el borrador de Convención que sirvió de base para las negociaciones entre los Estados Miembros y los observadores del Comité Especial, las cuales se desarrollaron del Tercer Periodo de Sesiones en adelante (Ad Hoc Committee, 2003; Stein y Lord, 2023a; Working Group, 2004).

En conjunto, la elaboración de la CDPD se caracterizó por involucrar un grado de participación sin precedentes por parte de las personas y organizaciones de personas cuyos derechos humanos estaban en cuestión, y ello a pesar de la amplia heterogeneidad de condiciones y formas de ser y estar en el mundo que aglutinaba el dispositivo de la discapacidad (Lord et al., 2010; Minkowitz, 2012a; Reina, 2008; Wildeman, 2013). Se ha llegado incluso a considerar que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: «fue el primer tratado de derechos humanos que se benefició de la participación de las partes interesadas a las que iba dirigida, entre las que se encontraban un gran número de personas con discapacidad, la sociedad civil y representantes de instituciones nacionales de derechos humanos de todas las regiones del mundo» (Stein y Lord, 2023b, p. 1).

La amplia participación por parte de la sociedad civil, y más particularmente de las Organizaciones de Personas Discapacitadas (OPDs), no estuvo prevista desde el inicio,

y fue un logro de la alianza entre éstas que, con sus diferencias a nivel de tipos de discapacidad y de contextos territoriales, culturales y políticos, apostaron por apoyarse mutuamente y unificar sus fuerzas. La WNUSP tuvo un importante papel en la construcción, promoción y sostenimiento en la construcción de la alianza entre las OPDs (Minkowitz, 2012a).

En el Primer Periodo de Sesiones del Comité Especial (2002), en el que se definieron las formas de participación y dónde hubo debate entre los delegados gubernamentales sobre la utilidad —o no— de una Convención específica para la discapacidad y sobre la interpretación del mandato que se les había asignado (Lord, 2004) la WNUSP, que era miembro fundador de la *International Disability Alliance* (IDA), decidió defender sus demandas políticas desde «dentro del movimiento de la discapacidad creyendo que la unidad era nuestra mayor fuerza», lo que implicó rechazar: «la propuesta de crear un caucus separado de salud mental, ya que consideramos que nuestros aliados naturales eran otras personas con discapacidad y no los profesionales de la salud mental» (Minkowitz, 2012a, p. 11).

Esta determinación, en coincidencia con la de las otras seis organizaciones mundiales que pertenecían por entonces a la IDA, dio lugar en ese Primer Periodo de sesiones a que ésta estableciera y presidiera lo que acabó conociéndose como el *International Disability Caucus* (IDC), un foro abierto a todas las OPDs, personas con discapacidad y organizaciones aliadas presentes en NU que respetasen el liderazgo de éstas, que acabó uniando sus demandas políticas en una única voz bajo el lema «Nada sobre nosotras sin nosotras» (Minkowitz, 2012a; Reina, 2008; Wildeman, 2013).

Algunos de los elementos definitorios de la redacción de esta Convención en términos de participación de las ONGs que derivaron directamente de la demanda de participación de las OPDs, involucraron: a) el permitir desde el inicio la participación de organizaciones, incluso la de aquellas sin estatus consultivo, mediante una acreditación *Ad Hoc*, a lo que también contribuyó el hecho de que solo había siete organizaciones de la discapacidad con estatus consultivo; b) la definición extensa de las modalidades de participación de las ONGs a la que llegó el Comité Especial en el Primer Periodo de Sesiones;⁴⁷² y c) la composición del Grupo de Trabajo que redactó el primer borrador oficial de Convención que sirvió de base para las negociaciones, de la cual nos ocuparemos en adelante. Además, intervinieron otros factores más accidentales, como las barreras que imponían las instalaciones de Naciones Unidas para el acceso de quienes usaban sillas de ruedas, que paradójicamente acabaron por favorecer una mayor

⁴⁷² En sus resoluciones 56/510 y 57/229.

proximidad física entre los delegados gubernamentales y algunos de los representantes de las OPDs, y con ello más capacidad de influencia política, dado que éstos «se vieron obligados a sentarse en la plataforma del propio Comité, dispersos entre los delegados nacionales» (Lord et al., 2010, p. 567).

El más notable fue sin duda la composición del Grupo de Trabajo encargado de redactar el borrador oficial de Convención. Gracias a la intensa abogacía de las OPDs y contra algunas propuestas —como la de la Unión Europea— consistentes en cerrar el Grupo de Trabajo a «expertos» —que fueron rechazadas por algunos países, entre ellos México— (Lord, 2004), el Comité Especial en su Segundo Periodo de Sesiones decidió constituir el Grupo de Trabajo integrando entre sus filas y con estatus igual al de los delegados gubernamentales a representantes de las de OPDs. Inicialmente el Comité Especial aceptó 7 OPDs, lo cual favorecía a las organizaciones de IDA que se definían por ser de carácter mundial, aunque presentaban vacíos regionales, notablemente en el Sur Global (Lord, 2004).

El acuerdo resultó insatisfactorio, por lo que, para garantizar la representación de todos los tipos de discapacidad y de todas las regiones del mundo se negoció otro con el apoyo de la WNUSP que radicó en asignar «puestos a cada una de las siete organizaciones de la IDA y a cinco representantes regionales de las OPDs»: en conjunto éstas organizaciones acabaron constituyendo el Comité Directivo de la IDA, del cual formaron parte tres miembros de la WNUSP (Minkowitz, 2012a, p. 12). Como ha mostrado Janet E. Lord (2004) llegar a este acuerdo no fue fácil entre las ONGs de la discapacidad pues se establecieron criterios de legitimidad en torno qué organizaciones y qué representantes de éstas podían imprimir la voz —en primera persona— de las personas discapacitadas en el borrador de Convención, y garantizar al tiempo la representación regional mundial. Finalmente «las personas cuyos nombres se propusieron y que actuaron como jefes de delegación del Grupo de Trabajo de las ONG combinaban experiencia personal con la discapacidad, y una serie de conocimientos especializados de todas las regiones del mundo» (Lord, 2004, p. 99). No obstante, los derechos de las personas con discapacidad intelectual, que no estaban autoorganizadas, fueron defendidos durante todo el proceso por los líderes de las organizaciones de defensa que actuaban en su representación, particularmente por *Inclusion International* (Minkowitz, 2012a).

El Grupo de Trabajo encargado de elaborar el primer borrador oficial de Convención estuvo compuesto por 27 delegados gubernamentales,⁴⁷³ la Comisión Sudafricana de Derechos Humanos en representación de las Instituciones Nacionales de derechos Humanos (NHRI) y 12 representantes de las ONGs de la discapacidad, que incluyeron a: *Disability Australia Limited, Disabled Peoples' International, Disabled Peoples' International (Africa), European Disability Forum, Inclusion International, Inter-American Institute on Disability, Landmine Survivors Network, Rehabilitation International, World Blind Union, World Federation of the Deaf, World Federation of the Deafblind, y World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (Working Group, 2004 párr. 2).

La WNUSP, como parte de su preparación para el Grupo de Trabajo, en el cual los representantes de las OPDs, del NHRI y los delegados gubernamentales trabajaron en pie de igualdad en encuentros plenarios, sesiones informales y grupos sobre artículos específicos (Lord, 2004; Minkowitz, 2012a) hizo una propuesta que acabó por resultar determinante en la construcción y profundización de la alianza del IDC:

propuso que los representantes de las ONG se comunicaran sobre sus intereses y prioridades, para que pudiéramos apoyarnos mutuamente. El debate comenzó por correo electrónico, y concluyó en una reunión en Madrid un mes antes del Grupo de Trabajo. Este fue el comienzo de la unión del IDC como órgano unificado capaz de preparar posiciones conjuntas y delegar el trabajo en los representantes. Hasta ese momento, el IDC había funcionado principalmente como un grupo de coordinación, con poco conocimiento o aprecio de las prioridades de defensa de los demás. En Madrid resolvimos nuestras preocupaciones sobre la libertad y la cooperación internacional, en particular, y gracias a ello pudimos apoyarnos mutuamente en la reunión oficial. El IDC hizo del liderazgo de las OPDs un principio fundamental de su trabajo, y exigió a las OPDs que solicitaban su afiliación que aceptaran este principio (Minkowitz, 2012a, p. 12).

⁴⁷³ Alemania, Camerún, Canadá, China, Colombia, Comoras, Ecuador, Eslovenia, Federación de Rusia, Filipinas, India, Irlanda, Jamaica, Japón, Líbano, Malí, Marruecos, México, Nueva Zelandia, República de Corea, Serbia y Montenegro, Sierra Leona, Sudáfrica, Suecia, Tailandia, Uganda y Venezuela.

La WNUSP tejiendo los derechos humanos de usuarias y supervivientes en el régimen de la discapacidad

Conviene anticipar que el breve análisis que propongo en torno al proceso constituyente de la CDPD teje su eje articulador en torno las dos emergencias fundamentales a las que ha dado lugar esta Convención desde la perspectiva genealógica de esta tesis, que se sitúa en la imbricación entre la producción de lo humano, el derecho y la exceptuación de la locura. Por un lado, y desde un plano epistemológico y ontológico abordaremos la emergencia y consolidación de la categoría jurídica y política de la «discapacidad psicosocial», centrando las tensiones en las cuales se sitúa con respecto a la definición de discapacidad de la Convención y a las epistemologías e identidad política de usuarias y supervivientes. Por el otro, y en términos de mandato político, abordaremos cómo se fue tejiendo la radical transformación respecto a las normativas previas en materia de derechos humanos que encapsula la interpretación autorizada del artículo 12 de esta Convención: el Igual Reconocimiento como Persona ante la Ley.

La imbricación entre estos dos planos –epistemológico u ontológico y de mandato político– pretende hacer inteligible cómo los movimientos sociales de personas psiquiatrizadas –expacientes, usuarias, supervivientes, con experiencias de locura u otras disidencias del tipo normativo y generizado de lo humano en términos de psiquismo y de comportamiento–conquistaron su derecho a lo humano, con sus triunfos y cesiones. Ambas emergencias acontecieron en una escena de enfrentamiento marcada por el imperativo de la alianza entre la heterogeneidad de cuerpos y subjetividades que vinieron siendo arrojados al estatus médico administrativo de lo subhumano bajo el signo del defecto y la incompletitud, y estuvieron como toda emergencia delimitadas por la contingencia de la lucha, las relaciones de fuerza, las estrategias y los procesos de traducción de la injusticia y la violencia al régimen de reconocimiento predeterminado bajo el cual operaba la interpelación: los derechos humanos y la discapacidad.

La WNUSP tenía muy claro lo que buscaba y para el Primer Periodo de Sesiones se marcó unos «principios clave» para guiar la manera de conducirse y actuar en el proceso constituyente de los derechos humanos que habrían de definirse y compartirse con el resto de personas discapacitadas: (1) hablar por sí mismas y «rechazar cualquier intento ajeno de hablar por nosotras»; (2) insistir en «anular» los PPEMMS; (3) «no permitir que la discapacidad psiquiátrica reciba un trato especial»; y (4) «abogar ampliamente dentro de un análisis de derechos humanos/no discriminación, identificando nuestras cuestiones clave como: no al encarcelamiento, no a la intervención forzosa en nombre

del tratamiento, plenos derechos legales y humanos sin discriminación» (Minkowitz, 2012a, p. 10).

Minkowitz representó a la delegación de WNUSP en la Segunda Sesión del Comité Especial (2003), en el Grupo de Trabajo encargado de redactar el primer borrador de Convención (2004) y en las posteriores negociaciones del mismo, y fue una de las tres personas que asumieron informalmente la coordinación del IDC. En el conjunto del proceso Minkowitz coordinó «un equipo de miembros y asociados de la WNUSP de todas las partes del mundo», compuesto por unas «veinte personas usuarias y supervivientes de la psiquiatría» que participaron presencialmente de los encuentros del Comité Especial «ejerciendo presión, hablando en la sesión plenaria, organizando actos paralelos, elaborando textos y documentos de posición, trabajando en una delegación gubernamental y hablando con los aliados del IDC y los delegados estatales sobre las experiencias de la locura y la psiquiatría forzada», además de quienes participaron a través de las listas de correo electrónico de la WNUSP y del IDC (Minkowitz, 2012a, pp. 4; 26). La WNUSP recogió posteriormente una lista tentativa de 32 nombres de personas que trabajaron activamente en el proceso de la Convención bajo la indicación «por favor, ¡haznos saber si hemos omitido tu nombre!», éstos revelan una gran implicación del veterano movimiento estadounidense:

David Webb (Australia), Ron Carten (Canadá), Karl Bach (Dinamarca), Iris Hoelling (Alemania), Janet Amegatcher (Ghana), Alpha B. Diop (Guinea), Gabor Gombos (Hungría), John McCarthy (Irlanda), Mary Maddock (Irlanda), Frank Mulcahy (Irlanda), Amita Dhanda (India), Tristano Ajmone (Italia), Mari Yamamoto (Japón), Ryugan (Japón), Edah Maina (Kenia), Chris Hansen (Nueva Zelanda), Mary O'Hagan (Nueva Zelanda), Elena Chávez (Perú), Moosa Salie (Sudáfrica), David Stolper (Australia), Ron Carten (Canadá), Karl Bach (Dinamarca), Iris Hoelling (Alemania), Mary O'Hagan (Nueva Zelanda), Elena Chávez (Perú), Moosa Salie (Sudáfrica), David Stolper (Sudáfrica), Maths Jespersion (Suecia), Daniel Iga (Uganda), Mary Nettle (Reino Unido), Kay Sheldon (Reino Unido), Tina Minkowitz (Estados Unidos), Myra Kovary (Estados Unidos), Kate Millett (Estados Unidos), Judi Chamberlin (Estados Unidos), Sylvia Caras (Estados Unidos), Diana S. Kline (Estados Unidos), Michele Magar, (Estados Unidos), El equipo de MindFreedom International, dirigido por Celia Brown (Estados Unidos) (WNUSP, 2008, p. 47).

La labor de la WNUSP en el Grupo de Trabajo estuvo enfocada en la prohibición del internamiento y los tratamientos forzosos y su definición como actos de violencia y tortura en el marco de la discriminación por motivos de discapacidad, estableciendo el consentimiento libre e informado para un tratamiento médico como aquello que diferenciaba la intervención médica legítima de la vulneración grave de los derechos humanos (Minkowitz, 2012a). La WNUSP consiguió que estas demandas cristalizaran en el borrador de Convención del Grupo de Trabajo y más particularmente en sus artículos Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o

degradantes (por entonces Art. 11),⁴⁷⁴ Protección contra la violencia y los malos tratos (por entonces Art. 12)⁴⁷⁵ y Derecho a la Salud y la Rehabilitación, que incluía el requisito del consentimiento libre e informado en dos de sus apartados (Art. 21) (Working Group, 2004). Lord (2004) escribió por entonces un artículo que daba cuenta del éxito de la WNUSP, en éste lamentó su papel en el Grupo de Trabajo, pero atención, por lo «eficaz» que fue «a la hora de elevar su voz sobre determinadas cuestiones relacionadas con su circunscripción» y conseguir que los PPEMSM hubieran sido «tan desacreditados» que se habían tornado «prácticamente invisibles» (Lord, 2004, p. 101).

No obstante, y aunque el «sabor a victoria» por haber conseguido incorporar «todos nuestros puntos clave al proyecto oficial de texto» a la WNUSP no se lo quitó nadie (Minkowitz, 2012a, p. 10), una nota al pie del borrador del Grupo de Trabajo clarificó que había disensos respecto a la prohibición de la institucionalización y el tratamiento forzoso, por lo que seguirían siendo el principal frente de lucha de la WNUSP:

Los miembros del Grupo de Trabajo tenían opiniones divergentes sobre si la intervención forzosa y la institucionalización forzosa debían tratarse en el apartado “Protección contra la tortura”, en el apartado “Protección contra la violencia y los abusos”, o en ambos. Algunos miembros también consideraron que la intervención médica forzosa y la institucionalización forzosa deberían permitirse de acuerdo con los procedimientos y garantías legales apropiados (Working Group, 2004, p. 38).

De manera menos premeditada la WNUSP tuvo que tomar posición en el debate que emergió en el Grupo de Trabajo sobre la posible inclusión en el tratado de una definición de «discapacidad» y otra de «personas con discapacidad», en el cual hubo posiciones muy alejadas (Working Group, 2004). Fue en este contexto en el que la WNUSP empezó a invocar como categoría de reconocimiento para usuarias y supervivientes dentro de la comunidad de personas con discapacidad, una identificación completamente nueva que implicó el abandono de la «discapacidad psiquiátrica»: la «discapacidad psicosocial». Su posición en el debate estuvo marcada por una preocupación explícita y reiterativa: lo relevante era garantizar que las personas usuarias, supervivientes, locas, a quienes se les atribuye una «enfermedad mental» fueran identificadas, protegidas y capaces de hacer valer sus derechos en virtud de la Convención a la que tan intensamente estaban contribuyendo (LSN, 2004a, 2004b; WNUSP, 2004b).

⁴⁷⁴ «En particular, los Estados Partes prohibirán la experimentación médica o científica sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada y protegerán a las personas con discapacidad de dicha experimentación, y protegerán a las personas con discapacidad de las intervenciones forzosas o la institucionalización forzosa que tengan por objeto corregir o aliviar cualquier deficiencia real o percibida» (art. 11. 2) (Working Group, 2004, pp. 16-17).

⁴⁷⁵ «Dichas medidas deben prohibir y proteger a las personas con discapacidad de las intervenciones forzosas o la institucionalización forzosa destinadas a corregir, mejorar o aliviar cualquier deficiencia real o percibida, así como del secuestro» (art. 12. 2) (Working Group, 2004, p. 17).

Ante este imperativo, eligió y promocionó, la discapacidad psicosocial como nuevo término de reconocimiento, no desde la afirmación de una identidad esencial, sino desde múltiples rechazos orientados por una estrategia despatologizadora/desmedicalizadora. El término «discapacidad psicosocial» fue propuesto por un líder de WNUSP a Minkowitz —representante en el Grupo de Trabajo—, como categoría capaz de establecer «un paralelismo con otras discapacidades» como la sensorial, intelectual, o física, preferible a la «discapacidad psiquiátrica», cuya genealogía —como vimos— remite a la alianza de usuarias y supervivientes con el movimiento de la discapacidad en Norteamérica en el contexto de la *American with Disabilities Act* del 1990 (Chamberlin, 1990, p. 335).

El problema que la discapacidad psiquiátrica planteó como identidad política y el motivo por el que fue rechazada es que al fin y al cabo «nos vincula con la profesión psiquiátrica» (Minkowitz, 2015, 175). Además, en los archivos de las negociaciones de la Convención, la promoción de la discapacidad psicosocial se reveló por primera vez en 13 de enero del 2004, por diferenciación de la «discapacidad intelectual» y contra la identificación opresiva consagrada en las normativas de NU, «la enfermedad mental» (LSN, 2004a, 2004b; WNUSP, 2004b). Por ejemplo, el 13 de enero del 2004 la WNUSP:

declaró que lo más importante es que el texto garantice que se entienda que las personas con todos los tipos de discapacidad, incluidas las personas con discapacidad psicosocial, disfrutan de los derechos y están protegidas por todos los artículos de la convención. La definición venezolana no menciona la discapacidad psicosocial, que no es lo mismo que la discapacidad intelectual. Las Normas Uniformes sí contemplan a las personas con discapacidad psicosocial, aunque lo hacen bajo el término “personas con enfermedad mental” en lugar del preferido “discapacidad psicosocial”. No sería aceptable que esta convención contuviera menos que las Normas Uniformes a este respecto. La WNUSP advirtió del peligro de definir la discapacidad utilizando un lenguaje que hace referencia a “limitaciones en la capacidad para realizar actividades esenciales de la vida diaria”. Esto se ha hecho en la legislación nacional sobre discapacidad de Estados Unidos y ha dado lugar a un exceso de litigios para determinar si una persona está o no lo suficientemente discapacitada como para beneficiarse realmente de la legislación contra la discriminación. Este litigio ha dado lugar a interpretaciones estrechas sobre quién está cubierto por esta ley y se está negando a las personas con discapacidad las protecciones a las que tienen derecho. En la convención debe evitarse a toda costa esta posibilidad de interpretación pobre o limitada. Por último, si se incluye una definición, debe promoverse un modelo social y de derechos humanos de la discapacidad, en lugar del modelo médico (LSN, 2004a, pp. 1-2).

El debate, sobre la inclusión de las definiciones de discapacidad y personas con discapacidad del Grupo de Trabajo quedó irresuelto. El borrador oficial de Convención marcó ambas entradas y las dejó vacías, es decir, sin incorporar contenido alguno en las definiciones, e incluyendo una nota al pie que reflejaba un único acuerdo sobre el modelo en el que —en caso de incluirlas— debían quedar enmarcadas:

Numerosos miembros del Grupo de Trabajo destacaron que la Convención debería proteger los derechos de todas las personas con discapacidad (sea cual fuere el tipo de discapacidad) y sugirieron que el término “discapacidad” debería definirse de manera lata. Algunos sostuvieron que la Convención no debería incluir una definición de “discapacidad”, habida cuenta de la complejidad de este fenómeno y del riesgo de limitar el alcance de la Convención. Otras delegaciones aludieron a las definiciones que actualmente se utilizan a nivel internacional, incluida la que figura en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Hubo acuerdo general en que al incluirse una definición, ésta debería reflejar la vertiente social, más que la médica, de la discapacidad (Working Group, 2004, p. 10).

Una vez concluida la labor del Grupo de Trabajo y a partir del Tercer Periodo de Sesiones, dónde las negociaciones sobre la versión final del borrador iban a tener lugar entre los delegados gubernamentales y podían ser observadas y comentadas por las ONGs, el IDC adquirió todavía una mayor relevancia. Fue en esta fase de las negociaciones cuando esta coalición basada en el diálogo, la solidaridad, el apoyo mutuo y el consenso, vinculó a organizaciones de los distintos grupos de la discapacidad y regiones del mundo en una única voz representativa de la heterogeneidad de personas cuyos derechos humanos estaban en cuestión (Minkowitz, 2012a; Reina, 2008).

A partir de entonces el IDC vehiculó las contribuciones de las OPDs y organizaciones aliadas que respetaron el liderazgo de las personas discapacitadas, poniéndose de acuerdo en todas las cuestiones, estableciendo grupos de trabajo temáticos basados en intereses mutuos, enviando enmiendas consensuadas a las diversas versiones de borradores, etc. (Minkowitz, 2012a; Reina, 2008). La argentina María Verónica Reina, usuaria de silla de ruedas y activista que ejerció como coordinadora del IDC describió en detalle su forma de trabajo:

Nuestro objetivo común era conseguir una Convención que garantizara los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, independientemente del tipo de discapacidad y de la parte del mundo en la que viviéramos. [...] El IDC llevó a cabo intensas consultas entre sus miembros y sus redes globales y regionales para llegar a posiciones comunes en todas las cuestiones. Las decisiones se tomaban por consenso. Cuando una cuestión era exclusiva de un grupo concreto de personas con discapacidad, la organización que representaba a ese grupo desempeñaba un papel determinante en la definición de la postura del IDC. Para el Caucus era importante asegurarse de que todas las organizaciones formaban parte de los debates, de modo que pudieran tenerse en cuenta todos los puntos de vista. Una vez tomada una decisión sobre una postura, todos los miembros del IDC debían apoyarla. Las posiciones contrarias de los miembros del IDC debían debatirse en el seno del IDC, pero no delante de los delegados gubernamentales. Entre otras técnicas, el IDC preparaba su propio borrador de texto consensuado, hacía comentarios sobre las intervenciones de los delegados y preparaba información y declaraciones de posición que habían sido aprobadas previamente [...] Entre las reuniones oficiales, los miembros del IDC colaboraron para abordar artículos concretos de la Convención entre sí y dentro de sus países y regiones de origen. Especialmente en las últimas reuniones del Comité Especial, intervinieron oradores en nombre de los miembros del IDC de otras ONG no miembros para demostrar la unidad del IDC a los delegados gubernamentales. Precisamente, la alta incidencia de los parámetros de la sociedad civil en el texto final y la concomitante realización del cambio

de paradigma se atribuyen a menudo a los amplios esfuerzos de defensa del *International Disability Caucus* y, principalmente, al hecho de que se mantuvo unido (Reina, 2008, pp. 2-3).

Una vez concluido el Tercer Periodo de Sesiones, entre el 17 y 21 de julio del 2004, la WNUSP celebró su segunda Asamblea General, no en África como había deseado, ni una vez transcurridos dos años desde la Primera Asamblea como se propuso (WNUSP, 2001b) sino que en Veije (Dinamarca) y con más de un año de retraso (WNUSP, 2004a). El éxito en las negociaciones de la CDPD contrastó con la delicada situación financiera en la que se encontraba la organización, que vino imposibilitando realizar la Asamblea General. No obstante el movimiento mundial sí estaba creciendo, esta Segunda Asamblea contó con 150 participantes de 50 países que comprendían las cuatro regiones del mundo (Asia, África, Américas, y Europa y Rusia).

Para Iris Hölling, aunque quedaba mucho por hacer, estuvo claro que la WNUSP había «recorrido un largo camino» en su objetivo de «convertirse en una organización que represente a las personas usuarias y supervivientes de la psiquiatría de todo el mundo» (WNUSP, 2004a, p. 1). Con 368 dólares en la cuenta bancaria de la WNUSP, su Secretaría había sido sostenida gracias al trabajo voluntario de Eva Rasmussen, y posteriormente a la generosidad de la *Danish Association of Users and Ex-users of Psychiatry* (LAP), que sostuvo algunas actividades esenciales administrativas y parte del trabajo de Rasmussen para la WNUSP con el sueldo que ella recibía en dicha organización. Ésta misma organización, tras diversos intentos infructuosos, consiguió los fondos del Gobierno Danés que permitieron la celebración de esta Segunda Asamblea General en Dinamarca (WNUSP, 2004a).

La WNUSP también tuvo dificultades con personas de la junta que no asumieron sus responsabilidades y a las que se les pidió que resignaran, sumadas a otras resignaciones que acontecieron por motivos personales, por lo que algunos de los puestos de la Junta fueron renovados. Entre otros cambios, Minkowitz fue integrada en la Junta Directiva por su labor en la CDPD, Sylvia Carras, en calidad de consultora, y también se cooptó a Bhargavi Davar de la India, la única asiática presente en la Asamblea, y Mosa Salie de Sud África, quién anunció que «los países africanos iban a formar un Grupo Africano de usuarias y supervivientes de la psiquiatría» (WNUSP, 2004a, p. 5). En esta Segunda Asamblea General se escogieron a los nuevos cargos de la Junta, que esta vez sí cumplieron el principal deseo que movilizó el encuentro, en palabras de Hollding, además de «aprender unos de otros y tener intercambios fructíferos» residía en «hacer

que la nueva Junta sea más representativa de todas las regiones del mundo» (WNUSP, 2004a, p. 2).⁴⁷⁶

Al finalizar el encuentro se aprobaron, entre otras, la Declaración de Vejie tanto para la WNUSP como para la ENUSP, cuyo vínculo se clarificó en esta Asamblea: «La relación entre la ENUSP y la WNUSP es una relación no competitiva. La ENUSP acepta que la WNUSP represente a las personas usuarias y supervivientes a nivel mundial. La WNUSP acepta que la ENUSP represente a las personas usuarias y supervivientes a nivel europeo» (WNUSP, 2004a, p. 6). La Declaración de Vejie, no era un acuerdo sobre las líneas de lucha que debían defenderse en términos de abolición, estas ya estaban claras, sino un documento que conjugaba un código ético para el trabajo y el trato mutuo entre las organizaciones miembro y un compromiso con el apoyo y aprecio de las alternativas no violentas para el abordaje de «los problemas de salud mental», que comprometía a las organizaciones y a sus miembros a:

- crear una atmósfera constructiva, acogedora, amistosa y atractiva, respetuosa con todas las opiniones de los demás, sin tratar de decidir lo que es bueno para ellos y apoyarnos mutuamente en el desarrollo de nuestras capacidades individuales y creativas.
- subrayar la importancia de la transparencia, la buena gobernanza y la responsabilidad en materia financiera.
- integrar a las minorías de forma proactiva y combatir cualquier discriminación, ya sea por origen, sexo, edad, discapacidad, economía, religión u orientación sexual.
- apreciar el trabajo de todas las personas que intentan honestamente mejorar el tratamiento psicosocial, así como de quienes trabajan para establecer alternativas a la psiquiatría, y resistirnos a cualquier enfoque unilateral de la comprensión de los problemas de salud mental.
- respetar el trabajo de los voluntarios y reconocer la necesidad de trabajos remunerados, así como buscar aliados, porque nos enfrentamos a una tarea vasta y compleja.
- exigir que los servicios psicosociales se hagan para las personas usuarias/clientes/supervivientes/en recuperación, bajo nuestra influencia y respetando nuestra igualdad de derechos como ciudadanas en una sociedad democrática (WNUSP, 2004a, p. 6).

Evidentemente también se celebró y agradeció el «enorme y brillante trabajo» que Minkowitz «realizó en la Convención. Escribió muchísimos documentos de posición en nombre de la WNUSP, mantuvo a todo el mundo bien informado, consiguió que mucha gente participara en el proceso, creó listas de discusión, sugirió estrategias y acudió a

⁴⁷⁶ La renovación de la Junta Directiva de la WNUSP tras la Segunda Asamblea General quedó del siguiente modo. Por Asia; Mari Yamamoto (Japón), Chris Hansen (Nueva Zelanda), y Bhargavi Davar (India) como miembro adoptada; por África, Janet Amegatcher (Ghana), Moosa Salie (Sud África) y Daniel Mwesigwa como miembro adoptado y suplente; de las Américas, Ron Carten (Canadá), Tina Minkowitz (EEUU) y Judi Chamberlin (EEUU) y Marissa Guillen (Costa Rica) como suplentes y; por Europa y Russia Karl Bach (Dinamarca) y como suplentes Piotr Iwaneyko (Polonia) y Peter Munn (Reino Unido) (WNUSP, 2004a, p. 7).

todas las reuniones del Comité Especial en las que se debatió la Convención» (WNUSP, 2004a, p. 3). No obstante, lo que marcó con más saliencia esta Segunda Asamblea General fue la expectación de los más veteranos en conocer los detalles de la situación de las personas tildadas de enfermas mentales en los países africanos y en la India y la necesidad de —en palabras de Chamberlin— «hablar sobre los sistemas psiquiátricos en todas las partes del mundo, para afinar el trabajo de la WNUSP», algo que hubo tiempo de hacer en los cinco días que duró el encuentro (WNUSP, 2004a, p. 4).

Aproximadamente en aquella etapa de las negociaciones circuló por el Comité Especial y por la propia WNUSP un informe elaborado por Edah Maina Wangechi titulado *Persons Living with Psychosocial Disabilities in Kenya* (Personas Viviendo con Discapacidad Psicosocial en Kenia) que tuvo como propósito presentar un punto de vista bien desarrollado desde el contexto africano (Tina Minkowitz, comunicación personal, 23 de julio de 2021). El informe iluminaba un panorama aterrador marcado por los efectos de la colonización en lo relativo a la imbricación sincrética de la violencia psiquiátrica con imaginarios y prácticas culturales y religiosas, y dónde la exclusión, el abuso, y la tortura operaba en dos planos, en función de los recursos de la familia:

En Kenia, las personas que han sufrido crisis sociales, emocionales, traumáticas y otras enfermedades mentales, como la esquizofrenia, son conocidas como enfermas mentales. Ellas también se consideran a sí mismas enfermas mentales y, por tanto, incapaces de ejercer sus derechos de discapacidad [*disability rights*]. La sociedad cree que esas personas están locas, dementes, poseídas por espíritus malignos, con enfermedades cerebrales, hechizadas o que sufren un mal presagio. En consecuencia, se teme a las personas que sufren estas crisis mentales y se cree que son peligrosas para sí mismas y para los demás. Se les excluye/aísla de la sociedad mayoritaria y se les niega cualquier oportunidad en la vida debido a la creencia de que son peligrosas y totalmente incapaces. [... necesitan] un reconocimiento urgente como personas con discapacidad psicosocial para poder beneficiarse de los derechos previstos actualmente en la Ley de Discapacidad de Kenia de 2003. Los padres/familiares que pueden permitírselo, envían a las personas con crisis mentales a instituciones psiquiátricas donde son recluidas arbitrariamente mientras se mantenga el pago a la institución. En las instituciones, la existencia de sólo cinco psiquiatras en el país tiene como consecuencia intervenciones erróneas bajo tratamiento forzoso para la mayoría de los institucionalizados. En las instituciones, los malos tratos por parte de personal de apoyo no cualificado, la tortura y los abusos físicos, sexuales, psicológicos y verbales están a la orden del día. El aislamiento de la sociedad les hace completamente invisibles y olvidados por todos, incluidos los responsables políticos. Aquellos padres/familiares que no pueden permitirse el coste de las instituciones mentales, los aíslan, encadenan y enjaulan en casa, donde están expuestos a un trato extremadamente inhumano y degradante. [...] Las personas enjauladas con animales están investidas de *jigger* [tungiasis], tienen complicaciones cutáneas, su postura física está deformada y sus condiciones antisociales han empeorado aún más. Los sistemas de seguridad social que se han colapsado no identifican a estas personas que viven maltratadas hasta que personas bienintencionadas informan a las organizaciones de derechos humanos de personas discapacitadas conocidas por prestar servicios de intervención en la zona (Maina Wangechi, s. f.).

Un año después, en 2005 y durante las negociaciones de la Convención nacía como una división regional de la WNUSP, la *Pan African Network of Users and Survivors of Psychiatry* (PANUSP), a partir de un encuentro que tuvo lugar en Kampala, Uganda, con representantes de Guinea, Ghana, Sudáfrica, Malawi, Zambia, Tanzania, Ruanda y Uganda (Robb, 2018).

Mientras tanto, las negociaciones en torno a la Convención se estaban dilatando. En conjunto La Asamblea General «renovó el mandato del Comité Especial encargado de preparar una convención internacional amplia e integral para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad en cuatro ocasiones de 2002 a 2005» (Stein y Lord, 2023a, p. 2).

El IDC ya había transmitido al Comité Especial el último día del Cuarto Periodo de Sesiones su deseo de aligerar el proceso y llevarlo a término con su continuada participación. Para entonces representaba a «35 organizaciones internacionales, regionales y nacionales que representaban a personas con discapacidad de todas las regiones del mundo y de todos los grupos de la discapacidad». El tono de dicho comunicado muestra la relación de radical igualdad que las OPDs actuaron con respecto a los delegados gubernamentales:

Las sesiones 3ª y 4ª del Comité Especial han sido útiles para que todos comprendan mejor las cuestiones clave, pero se ha avanzado muy poco en cuanto al texto de la Convención. Creemos que ha llegado el momento de llevar este proceso de negociación a buen puerto. Creemos que existe voluntad política y que no debemos desaprovechar esta oportunidad histórica [...] También instamos a los delegados gubernamentales a que sean flexibles en la negociación y eviten discusiones innecesarias sobre redacciones a veces casi idénticas. Si sois flexibles y eficaces, podréis terminar esta tarea en un futuro inmediato. Tenéis las herramientas y los medios para lograr este objetivo, que es una necesidad urgente para todas las personas con discapacidad. Asigna los recursos necesarios, establece un calendario claro y ambicioso y no permitas retrasos innecesarios. Eso es lo que las personas con discapacidad esperan de ti. Pero, por supuesto, no se trata sólo de tener una Convención en un futuro inmediato, sino de tener una Convención que proteja adecuadamente los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, independientemente del tipo de discapacidad y de la región del mundo. Para conseguirlo, el papel de las Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPD) es indispensable. Muchos de vosotros habéis manifestado vuestro agradecimiento por el papel que las OPDs hemos desempeñado hasta ahora para proporcionaros nuestra experiencia.

Esta participación activa de las OPDs tiene que seguir siendo así [...] También queremos recordar a los gobiernos que incluyan, en esta fase final del proceso de negociación, a representantes del movimiento nacional de la discapacidad en las delegaciones gubernamentales. [...] Al igual que pedimos flexibilidad a los Gobiernos, el *International Disability Caucus* es flexible en cuanto a la redacción concreta. Pero, al igual que se ha pedido a los gobiernos que identifiquen cuestiones sobre las que tienen opiniones muy firmes, el *International Disability Caucus* también tiene opiniones firmes sobre algunas cuestiones. Hay ciertas cuestiones que deben abordarse adecuadamente para acabar con la exclusión y la discriminación de las personas con discapacidad. Si el *International*

Disability Caucus dice “esto no es aceptable”, tenéis que escucharnos. Confiamos en vosotros y os ofrecemos nuestra colaboración continua para esta fase final del proceso.

NADA SOBRE NOSOTRAS SIN NOSOTRAS

Nueva York, 3 de septiembre de 2004.

(IDC, 2004)

Las negociaciones entre los delegados gubernamentales se alargaron todavía cuatro Periodos de Sesiones más hasta que en el Octavo Periodo de Sesiones el 25 de Agosto del 2006 el Comité Especial aprobó un proyecto de Convención y lo trasladó al Grupo de Redacción de composición abierta encargado de velar por la uniformidad terminológica y las traducciones oficiales del mismo (Ad Hoc Committee, 2006b, 2006a). Esta recta final de las negociaciones fue la más intensa y frenética, aquélla en que el tratado debía adquirir su forma definitiva en respuesta al aluvión de enmiendas de los Gobiernos, las agencias de las NU, las Organizaciones Nacionales de Derechos Humanos, las Organizaciones Intergubernamentales, las ONGs no vinculadas al IDC y las del IDC que permaneció unido entorno al liderazgo de las OPDs, rebatiendo las enmiendas que consideraba inaceptables, apoyando las que eran consideradas como valiosas y sobre todo haciendo sus propias enmiendas a la integridad del borrador de Convención en varias ocasiones, lo que implicaba redactar su propia Convención y justificar los cambios (IDC, 2006c, 2006a, 2006b).

Aproximadamente desde el Tercer Periodo de Sesiones en adelante, la WNUSP se enfocó en tres ejes de defensa centrales que continuaban situando su abogacía en la posición más radicalmente rupturista respecto a las normativas previas de NU, una posición para la cual contó siempre con el apoyo del IDC: «capacidad legal para tomar las propias decisiones; prohibición de la detención discriminatoria; y prohibición de intervenciones/tratamientos no consensuados» (Minkowitz, 2015, p. 173).

En el marco del trabajo del IDC, la WNUSP venía defendiendo de manera integral estos ejes de defensa, asumiendo la coordinación de los artículos, Igual reconocimiento ante la ley (Art. 12); Libertad y seguridad de la persona (Art. 14); Protección contra la tortura (Art. 15); Integridad física y mental (Art. 17); Consentimiento libre e informado en salud (Art. 25); y Participación en la vida política y pública (Art. 29) (Minkowitz, 2012a). Además, ayudó «a coordinar los artículos sobre la prevención de la violencia y la vida en la comunidad», durante una sesión «el artículo sobre el empleo» y participó «activamente en los artículos sobre supervisión nacional e internacional, así como sobre mujeres con discapacidad, niños con discapacidad, obligaciones generales, no discriminación, sensibilización y nivel de vida adecuado/protección social, y en apoyo de los derechos de las personas con discapacidad indígenas y de minorías culturales» (Minkowitz, 2012a, pp. 11-12).

La WNUSP apoyó sus ejes centrales de defensa en un marco de no discriminación por motivos de discapacidad aplicado a los derechos humanos y una comprensión propia del MSD que rechazaba el postulado naturalizado de la «deficiencia» y mantenía la idea según la cual «el modelo social significa que la sociedad es responsable de cambiar para incluir a las personas discapacitadas, y no las personas discapacitadas son responsables de cambiar ellas mismas para encajar en la sociedad» (Tina Minkowitz, comunicación personal, 23 de julio de 2021).

Durante las negociaciones la WNUSP se dio cuenta de que sus ejes de defensa centrales, aquéllos que estaba trabajando desde múltiples artículos y que apuntaban a la abolición del estado de excepción al que venían siendo sometidas específicamente usuarias y supervivientes, pero también las personas con discapacidad intelectual, convergían espontáneamente hacia un «foco central del cambio de paradigma»: el artículo 12, Igual Reconocimiento como Persona Ante la Ley (Minkowitz, 2012a, p. 23). Esto empezó a hacerse evidente en el Grupo de Trabajo cuando las posiciones de la WNUSP «coincidieron felizmente con las de *Inclusion International*, una organización de defensa de las personas con discapacidad intelectual, y sentaron las bases para un debate sobre el cambio de paradigma» (Minkowitz, 2012a, p. 14). La excepción a la capacidad jurídica, esto es la desigualdad ante la ley, fue identificada como la que subyacía a la «muerte civil» —y al ejercicio impune de violencia que esta posibilita— en todas sus variantes; incapacitación jurídica total o parcial, esto es, finanzas, cuidado personal, retirada de la tutela de los hijos o hijas, anulación del derecho a voto, pero también, internamiento y tratamiento forzoso e inimputabilidad penal (Minkowitz, 2012a, p. 8). La capacidad jurídica empezó a ser vista cómo aquello que:

va a la raíz de lo que significa ser una persona legal con plenos derechos y responsabilidades en cualquier sociedad. El pleno estatus de persona jurídica se ha ido haciendo accesible con el tiempo a quienes antes estaban excluidos, a medida que las sociedades profundizaban en su compromiso con la igualdad [...] nos dimos cuenta de que no podíamos aceptar nada menos que la plena personalidad jurídica con capacidad para actuar en el sistema legal (Minkowitz, 2012a, p. 8).

Del Tercer Periodo de Sesiones en adelante la WNUSP junto a las defensoras y defensores de la discapacidad intelectual, con el apoyo del IDC y de algunas delegaciones estatales, enfocó gran parte de sus esfuerzos en perfeccionar el cambio de paradigma que suponía el pleno reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad (Minkowitz, 2012a). Éste implicaba dos cuestiones esenciales, la abolición del estado de excepción —incapacitación, internamiento y tratamiento forzoso e inimputabilidad penal—, por un lado, y por el otro, el derecho positivo al apoyo y la asistencia en el ejercicio de la capacidad jurídica para comprender la información,

comunicar las propias elecciones y otros aspectos de la toma de decisiones, algo que venían demandando las defensoras de las personas con discapacidad intelectual, y que la WNUSP consideró adecuado siempre y cuando el apoyo respondiese a una elección personal, pudiese ser rechazado y estuviese orientado por el principio de respeto de la voluntad y preferencias de la persona apoyada (Minkowitz, 2012a).

La cuestión del apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica ya había empezado a emerger de la colaboración de la WNUSP con las defensoras de la discapacidad intelectual en el marco de la reunión interregional de expertos y representantes internacionales y latinoamericanos que México organizó como parte de los preparativos para el Primer Periodo de Sesiones. Fue allí dónde:

Los defensores de los derechos de las personas con discapacidad intelectual [...] habían propuesto asistencia en la toma de decisiones, y decidimos que la asistencia podría ser útil siempre que la persona permaneciera a cargo de sus propias decisiones. Esa fue nuestra posición cuando llegamos al Grupo de Trabajo que se reunió en 2004 para redactar un texto para la negociación. El Grupo de Trabajo, en el que representé a WNUSP, fue un hito para nuestro trabajo. Fue allí donde empezamos a persuadir a los representantes del gobierno de que el apoyo era una alternativa completa a la toma de decisiones sustitutivas, y que la limitación de la capacidad de actuar era discriminatoria para las personas con discapacidad. Esto continuó durante las negociaciones y más allá (Minkowitz, 2020, p. 1).

Pero también y como hemos visto, la idea de la asistencia para comunicar las propias elecciones ya estaba presente en la misión de la NARPA del 1998, que venía defendiendo los derechos civiles y humanos de ambos colectivos, las personas con «discapacidad del desarrollo» y usuarias y supervivientes o «receptoras de los servicios de salud mental» (NARPA Board of Directors, 1998). No por casualidad la NARPA fue el espacio desde el cual Minkowitz tuvo la idea de integrar las demandas de derechos humanos de usuarias y supervivientes en un enfoque de no discriminación por motivos de discapacidad (comunicación personal, 23 de julio de 2021).

La abogacía por el pleno reconocimiento de la capacidad jurídica, la abolición del estado de excepción, y el desarrollo del derecho positivo al apoyo para su ejercicio, implicó para la WNUSP durante las negociaciones, reformular el concepto de «salvaguardias», que históricamente había servido para legitimar el estado de excepción tutelar, como un mecanismo que operaba —no para legitimar la muerte civil— sino para supervisar el apoyo al servicio de la voluntad de la persona y detectar o prevenir los posibles abusos que éste pudiera ejercer, una preocupación reiterativa de las defensoras de la discapacidad intelectual (Minkowitz, 2012a). Fue precisamente esta «garantía de igualdad en la capacidad jurídica», que vino estabilizándose en los borradores de las negociaciones del Cuarto Periodo de Sesiones en adelante, la que «reforzó» la capacidad

de la WNUSP de basarse «en el consentimiento libre e informado para protegernos contra las intervenciones forzosas» y aceptar el «equivalente básico de lo que habíamos pedido en un principio», esto es, la prohibición explícitamente formulada en el texto de la Convención de la institucionalización y las intervenciones forzosas y su encuadre como formas de tortura (Minkowitz, 2012a, p. 23; Working Group, 2004).

En el Octavo Periodo de Sesiones, cuando se estaba negociando la versión final del tratado, y cuando la WNUSP «como organización del IDC que defendía los cambios de mayor alcance en las normas existentes» se vio obligada a evaluar constantemente «si una propuesta de enmienda se refería a un elemento no esencial sobre el que podíamos ceder (por ejemplo, cuestiones semánticas o de redacción) o a un obstáculo para nuestros derechos humanos que sería inaceptable», se resolvieron —temporalmente— las dos cuestiones en las que hemos enfocado este análisis. Abordaremos primero lo acontecido con respecto a la discapacidad psicosocial, y posteriormente con respecto a la igualdad ante la ley.

La cuestión de las definiciones de «discapacidad» y de «personas con discapacidad», que para la WNUSP implicaba el reconocimiento de la categoría de la discapacidad psicosocial en el tratado como identidad jurídica, quedó abierta hasta el último momento, y no fue abordada hasta el Octavo Periodo de Sesiones como lo muestra el borrador de Convención contenido en el informe final del Séptimo Periodo de Sesiones en el que los espacios para las definiciones de discapacidad y personas con discapacidad permanecían vacíos. Partiendo, entre otras, de la contribución de China,⁴⁷⁷ el borrador aprobado por el comité Especial el 25 de Agosto del 2006 (Ad Hoc Committee, 2006b) adoptó las definiciones de discapacidad y personas con discapacidad que fueron finalmente consagradas en la Convención, contra las enmiendas que persistentemente vehículo el IDC:

Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, [...] (énfasis original, CDPD, 2006, preámbulo).

⁴⁷⁷ China fue el único gobierno que en esta fase envió contribuciones respecto a la definición de discapacidad. Introdujo el concepto de «evolución» en el marco de la discapacidad con otro sentido, no como un concepto que evoluciona sino como un *concepto evolutivo*, enmarcado en el modelo social e interactivo de la discapacidad, que pivota sobre la noción de barreras: «Reconociendo un concepto evolutivo de discapacidad en el que la discapacidad es un estado de restricción de la participación resultante de la interacción entre un individuo con deficiencias y las barreras del entorno» (Ad Hoc Committee, 2006c, p. 3).

Las personas con discapacidad incluyen a aquéllas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (CDPD, 2006, Art.1, párr. 2).

Así pues, en su texto fundacional la CDPD otorgó el estatuto rechazado de «personas con deficiencias mentales a largo plazo» a usuarias, supervivientes y locas, reconociendo, sin embargo, bajo el término discapacidad/deficiencia *mental* —que había servido para subsumir la «enfermedad mental» y el «retraso mental» en el mismo estado de excepción psiquiátrico del que nacieron— su diferenciación de la deficiencia/discapacidad «intelectual». ⁴⁷⁸

Contra estas definiciones de «discapacidad» y «personas con discapacidad» consagradas en la CDPD el IDC estuvo defendiendo persistentemente el acuerdo al que llegaron la comunidad de personas discapacitadas en sus persistentes enmiendas. En conjunto, estas reivindicaron: (a) la categoría de la discapacidad psicosocial como término de identificación para usuarias y supervivientes por oposición a la «discapacidad/deficiencia mental»; (b) el rechazo al término «deficiencia» por parte de algunos grupos de la discapacidad y la petición de añadir a éste los de «condición o necesidad de salud»; (c) la oposición a la caracterización de la deficiencia/condición como un sustrato *natural* y «permanente» o a largo plazo, reclamando reconocerla también como «temporal», «intermitente» o «imputada» y; (c) el reconocimiento de un espectro más amplio de «condiciones», que pretendían no limitar el alcance de las protecciones que ofrecía la Convención e incluía las dimensiones: físicas, sensoriales, cognitivas, psicosociales, neurológicas, médicas, intelectuales o una combinación de éstas (IDC, 2006b, 2006a).

En conjunto las definiciones de discapacidad y personas con discapacidad de la CDPD se enmarcan en el MSD interactivo, cuya genealogía remite a la distinción entre la «deficiencia» y la «discapacidad» conceptualizada —en la Inglaterra de mediados de los 70— por UPIAS desde su experiencia de opresión como personas usuarias de sillas de ruedas y autoidentificadas como «físicamente deficientes» (UPIAS y DAU, 1976), pero también al posterior proceso constituyente de DPI en que UPIAS convergió con el movimiento de Vida Independiente Norteamericano (DPI, 1984) que había introducido la noción de las «barreras» y asumido el modelo interactivo de la CIDDM

⁴⁷⁸ Una de las demandas a lo largo de todo el proceso radicó en reconocer dicha distinción, aunque no sobre la base de lo mental y lo intelectual, sino sobre la base de lo psicosocial y lo intelectual (IDC, 2006b, 2006a; LSN, 2004a).

(deficiencia/discapacidad/minusvalía), conceptualización de la cual la comunidad británica de personas discapacitadas eliminó el término «minusvalía» manteniendo la perspectiva interactiva y la noción de «barreras» (Oliver, 1990, 1996).

No hay que confundirse. El modelo consagrado en la Convención no es el que promulgaba la OMS en su reciente revisión de la CIDDM, esto es, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, aunque presenta algunas similitudes (CIF; OMS, 2001). La CIF se caracterizó por el abandono del término «minusvalía» y por tratar de «integrar» dos modelos de la discapacidad definidos como «opuestos», esto es, el «modelo médico» y el «modelo social» que «se configura como un tema de índole política», utilizando un enfoque neutro y «biopsicosocial» (OMS, 2001a, p. 22).

El modelo de la CIF, al igual que el MSD interactivo, asumía la interacción persona-ambiente y anclaba la discapacidad en la naturalización de la deficiencia, pero a diferencia de éste el de la CIF despolitizó la «discapacidad» constituyéndola, no como el producto de las barreras *discapacitantes* impuestas por la sociedad, sino «como un término general para las tres perspectivas: corporal, individual y social» (OMS, 2001a, p. 221). De hecho la noción de «barreras» que es la que posibilita traducir a políticas positivas de accesibilidad, ajustes y apoyos, la responsabilidad social de los Estados respecto a la igualdad de las personas con discapacidad estuvo plenamente ausente de la contribución que la OMS hizo en el Octavo Periodo de Sesiones a las definiciones de discapacidad y personas con discapacidad, contribución que estuvo basada en la CIF (WHO, 2006).

Aunque la consagración de la «deficiencia mental» en el texto de la Convención, debió ser para la WNUSP un duro golpe al que se vio obligada a ceder, y que continuó, como veremos combatiendo, el triunfo más importante parecía asegurado. El Comité Especial había elegido la versión preferida de la WNUSP «del Artículo 12 frente a una alternativa que habría incorporado la toma de decisiones sustitutiva y rechazó una propuesta de insertar un lenguaje que daba una amplia latitud al trato diferencial considerado “beneficioso” para las personas con discapacidad» (Minkowitz, 2012a, pp. 16-17).

El nódulo central de la defensa de la WNUSP, aquél hacia el cual convergían todas las hebras que WNUSP con el apoyo del IDC había trabajado de manera integral en el resto del articulado de la Convención, aquél centro de gravedad —la igualdad ante la ley— del cual en última instancia dependía la integridad de su defensa y la abolición del estado de excepción, había sido inscripto ya en su versión final consagrada en la Convención cuando ésta fue leída para su aprobación en el Octavo Periodo de Sesiones (Ad Hoc Committee, 2006b):

Artículo 12 Igual reconocimiento como persona ante la ley

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.
5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria (CDPD, 2006).

No obstante una gran complicación surgió cuando el Comité Especial procedió a la lectura del texto para su aprobación. Precisamente en el segundo párrafo del artículo 12 se leyó una nota al pie que decía: «En árabe, chino y ruso, la expresión “capacidad jurídica” se refiere a la “capacidad jurídica de ostentar derechos”, y no a la “capacidad de obrar”» (Ad Hoc Committee, 2006b; Minkowitz, 2012a; WNUSP, 2008). El trabajo de casi cinco años amenazaba con derrumbarse, con perder su centro de gravedad, y se abría así la puerta a la reinstitucionalización de la violencia y la excepción. La historia de esta nota remitía al Quinto Periodo de Sesiones, en el que se había hecho constar esta declaración y:

a partir de ese momento, las versiones de trabajo del texto incluían una nota a pie de página con la referencia “Véase A/AC.256/2005/2, párrafo 20”. En la sexta sesión, La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas presentó un documento de referencia en el que aclaraba que la capacidad jurídica en el derecho internacional significa la capacidad de obrar. Supusimos que cualquier preocupación restante se resolvería de manera informal, de modo que pudiera adoptarse un texto limpio (Minkowitz, 2012a, p. 17).

La WNUSP y el IDC movilizaron a todas sus alianzas para eliminar esta nota al pie de página del texto ya aprobado de la Convención, que ese mismo día pasó a la revisión de uniformidad estilística y de traducciones (Ad Hoc Committee, 2006b; Minkowitz, 2012a). Consiguió el apoyo de las delegaciones de la Unión Europea, Australia y Canadá que objetaron la nota al pie y pidieron persistir en las discusiones. Durante los más de

tres meses y medio que quedaban para la reanudación de la última sesión del Octavo Periodo de sesiones, y durante el trabajo del Grupo de Redacción estilística: «la WNUSP y otros miembros del IDC trabajaron con éxito con varios Estados y expertos en derechos humanos para eliminar la nota a pie de página, que condonaba la desigualdad flagrante y socavaba el principio de que los derechos humanos son universales» (Minkowitz, 2012a, p. 17).

El 5 de diciembre del 2006 el Comité Especial, en su informe final accedió eliminar la nota al pie, y ese mismo día envió la Convención y su Protocolo Facultativo a la Asamblea General de Naciones Unidas recomendando su aprobación (Ad Hoc Committee, 2006a). Apenas una semana después, el 13 de diciembre del 2006, la Asamblea General de Naciones Unidas resolvió aprobar por consenso la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad —y su Protocolo Facultativo— anunciando que estarían abiertos a la firma a partir del 30 de marzo del 2007 (Asamblea General de Naciones Unidas, 2006b).

La Copresidenta de la WNUSP, Tina Minkowitz, fue una de las dos ponentes del IDC que dieron la bienvenida a la adopción de la Convención por la Asamblea General de la NU el 13 de diciembre, y también estuvieron presentes otros miembros de la WNUSP y de MF/SCI. Ese día, todas estábamos con la cabeza alta y orgullosas de lo que habíamos conseguido, y Myra Kovary lo resumió diciendo: “¡Que empiece la revolución!” (WNUSP, 2008, p. 5).

La CDPD entró en vigor el 3 de mayo del 2008 de conformidad con su artículo 45, y en el Primer Periodo de Sesiones de la Conferencia de sus Estados Partes, que tuvo lugar del 31 de octubre al 3 de noviembre del 2008, se eligieron a 12 miembros del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante El Comité) (Naciones Unidas, 2008). Este órgano interpretativo oficial y de monitoreo de la implementación de la Convención, tenía una particularidad sin precedentes, aquélla que sitúa a la CDPD como el tratado de derechos humanos que desarrolla «de forma más amplia que cualquier otra convención básica de derechos humanos el principio de participación y el derecho a ser escuchado» (Stein y Lord, 2023b, p. 2).

La membresía del Comité, al igual que todo organismo vinculado a la implementación de la Convención, recoge el mandato Nada Sobre Nosotras sin Nosotras, invitando a los Estados Partes a que en la designación de sus candidatos tengan debidamente en cuenta el párrafo 3 del artículo 4 de la CDPD relativo a las Obligaciones Generales:

En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las

niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan (CDPD, Art. 4. párr. 3).

En septiembre del 2010, se reemplazaron a los miembros del Comité cuyo mandato había expirado por sorteo en dos años, y se completaron sus escaños hasta el máximo de 18 miembros. Fue entonces cuando Edah Wangechi Maina, que en 2009 actuaba como la representante de la WNUSP consultora de la CDPD, fue escogida en representación de Kenya, convirtiéndose en la primera persona con discapacidad psicosocial miembro de El Comité (Naciones Unidas, 2010; WNUSP, 2009, p. 8). No estuvo sola, pues en la segunda etapa de ese mismo proceso de elecciones de El Comité, también fue elegido por Hungría Gábor Gombos, a su vez electo copresidente de la WNUSP —junto con Tina Minkowitz y Moosa Salie— en marzo del 2009 durante la Tercera Asamblea de General de la WNUSP, por fin celebrada en el continente Africano, concretamente en Kampala (Uganda) (Naciones Unidas, 2010; WNUSP, 2009, p. 6).

A día de hoy, la CDPD constituye una ley internacional vinculante ratificada casi universalmente,⁴⁷⁹ y es destacablemente, la que ha incorporado en su desarrollo, y está incorporando en su interpretación e implementación una mayor participación por parte de las organizaciones de personas cuyos derechos humanos entran en cuestión (Reina, 2008; Stein y Lord, 2023b; Wildeman, 2013). La abogacía de usuarias y supervivientes no se detuvo en el punto de la aprobación de la CDPD, sino que persistió —y persiste— asegurando que la interpretación autorizada de la misma – y su implementación— acompañe el pleno reconocimiento de sus derechos humanos, sin excepción.

En lo que sigue, nos centraremos en situar las cuestiones que han vertebrado este análisis: ¿Qué hicieron, inmediatamente después de la aprobación de la CDPD usuarias y supervivientes con la categoría de la discapacidad psicosocial y que estatuto tiene en la Convención? ¿Cuál es exactamente el mandato que se deriva de la interpretación autorizada del artículo 12 y que éstas contribuyeron a elaborar? ¿Qué implica en términos genealógico y democráticos? Abordaremos primero la cuestión de la discapacidad psicosocial y en segundo y último lugar el mandato que deriva del artículo 12 para facilitar la exposición; no obstante ambos procesos acontecieron y se fueron construyendo de forma imbricada.

⁴⁷⁹ A día de hoy, 9 de abril del 2023, 186 estados asumen su mandato (ratificación), 8 sólo la han firmado y tan sólo 4 no se han pronunciado. Véase, <https://indicators.ohchr.org/>.

La tardía y tensa consolidación de la discapacidad psicosocial

Como vimos, en su texto fundacional la CDPD a partir de su definición de «personas con discapacidad» enmarcada en el MSD interactivo, otorgó el rechazado estatuto de «personas con deficiencias mentales a largo plazo», particularmente a usuarias, supervivientes y locas, reconociendo, bajo esta categoría su diferenciación de la deficiencia «intelectual» (CDPD, 2006, Art. 1, párr. 2). Empleó así la categoría de la deficiencia/discapacidad mental, que históricamente en el régimen de los derechos humanos había servido para subsumir la «enfermedad mental» y el «retraso mental» en el mismo estado de excepción psiquiátrico del que procedían, algo que inició la DDI (1975) y se consolidó posteriormente (Despouy, 1993). Precisamente, la discapacidad/deficiencia mental, una categoría que venía siendo persistentemente rechazada por el movimiento de expacientes, usuarias, supervivientes, locas, fue la que las consagró como sujetos de derechos humanos (Chamberlin, 1990; Lewis, 2006; Jenny Miller, 2021; Plumb, 1994; Russo y Shulkes, 2015).

También vimos que durante el proceso de elaboración de la Convención, la WNUSP decidió abandonar el término de reconocimiento dentro de la comunidad de personas con discapacidad que había emergido en Norteamérica, allí dónde la alianza con el movimiento de la discapacidad había causado menor problema, en parte debido al reconocimiento legal de la deficiencia como *real* o *percibida* por otros —esto es, atribuida—, esto es la «discapacidad psiquiátrica» y propuso como categoría de reconocimiento, la «discapacidad psicosocial», por varios motivos estratégicos.

El primero de carácter positivo residía en tener un nombre propio dentro de la comunidad de personas con discapacidad capaz de garantizar que usuarias y supervivientes fueran reconocidas en la CDPD y pudieran hacer valer sus derechos humanos y el resto de carácter opositivo, radicaba en trazar un gesto; que las desvinculara de la profesión psiquiátrica opresiva; las diferenciara de la discapacidad intelectual; y relegara al olvido las categorías rechazadas e impuestas mediante las cuales las estaban interpelando, la «enfermedad mental» y la «deficiencia/ discapacidad mental» (LSN, 2004a, 2004b; Minkowitz, 2015; WNUSP, 2004b).

Además, durante la elaboración de la Convención, usuarias y supervivientes emplearon un marco de no discriminación por motivos de discapacidad aplicado a los derechos humanos para hacer valer sus demandas históricas, para afirmarse como sujetos de derechos humanos, y resignificaron el MSD interactivo rechazando el postulado naturalizado de la «deficiencia», tan intrínsecamente vinculado al modelo

médico de la «enfermedad mental» bajo el cual operaba el estado de excepción y las intervenciones psiquiátricas invasivas, forzadas y de efectos irreversibles contra las cuales luchaban, pero manteniendo la idea según la cual es la sociedad la responsable de cambiar para incluir a las personas con discapacidad y no las personas con discapacidad las que deben cambiar para encajar en ésta (Tina Minkowitz, comunicación personal, 23 de julio de 2021).

Este modelo les permitió, en alianza con las defensoras de la discapacidad intelectual, desplegar un marco jurídico positivo de derecho al apoyo que mantenía la obligación de no injerencia en las propias decisiones, capaz de poner fin a las formas de violencia impune que operaban bajo la anulación y exceptuación de sus cuerpos del derecho humano.

En este gesto, se hicieron con la parte del MSD interactivo que les servía, enmarcándolo en el principio de no discriminación e igualdad ante la ley, esto es, reivindicando la responsabilidad social de instituir apoyos y ajustes por parte de los estados que reconociesen la diferencia y al tiempo el acatamiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y, con ello de su voluntad y decisiones, y rechazaron la deficiencia. No fueron las únicas que se desmarcaron del binarismo deficiencia/discapacidad.

El MSD interactivo, si bien ha sido tremendamente productivo para conceptualizar la discapacidad como *producto de la opresión social* y revindicar apoyos, adaptaciones y ajustes orientados a eliminar las «barreras» que imposibilitan la plena participación social de las «personas con deficiencias» *discapacitándolas* (Oliver, 1990, 1996) también ha recibido duras críticas (Abberley, 1987; Goodley, 2001; Mills, 2015; Oliver, 2013; Pié Balaguer, 2012; Tremain, 2001). Y es precisamente la «deficiencia» la que condensa el punto nuclear de las mismas, en tanto *fundamento* que remite a un sustrato *biológico, natural y transhistórico* en el orden del *defecto o la incompletion* de la persona, cuya *producción social no es explicada*.

Esta ausencia de un factor explicativo respecto a la producción de la deficiencia puede ser entendida en dos planos superpuestos. Por un lado, desde la perspectiva de cómo se produce el daño psíquico o físico que pasará a ser leído como una «deficiencia», que elude dar cuenta de los procesos que subyacen a la *producción políticamente inducida* y desigualmente distribuida —según parámetros coloniales, patriarcales y capitalistas— de las «deficiencias» (Abberley, 1987; Mills, 2015). Por el otro, el efecto de naturalización también abarca, como hemos visto a lo largo de esta tesis, el entramado históricamente contingente de relaciones de saber-poder y prácticas médicas que, a partir de la construcción de determinadas corporalidades y subjetividades como

«deficientes» o «defectuosas», dan lugar a la (re)producción de tipos normativos —y generizados— de «lo humano» en términos de estructura, funciones, capacidades, atributos mentales, conductuales y roles sociales, etc.⁴⁸⁰

Ante la inminente entrada en vigor de la CDPD y en el marco de su abogacía integral por la interpretación e implementación de la misma la WNUSP, volvió a defender, contra el estatuto de «deficiencia mental a largo plazo» consagrado en el texto fundacional, el uso y la promoción de la discapacidad psicosocial como término de preferencia (IDA, 2008; WNUSP, 2008). En su *Implementation manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons With Disabilities*, publicado en febrero del 2008 y dirigido a las ONGs de usuarias y supervivientes como guía informativa y DE referencia para trabajar con la Convención, la WNUSP decía:

Durante el curso de las negociaciones, WNUSP desarrolló un lenguaje para referirse a las personas con discapacidades psiquiátricas que se alejaba del modelo médico de patología individual. Nos describimos como personas con discapacidad psicosocial [...] El término discapacidad psicosocial aún no se entiende en la mayoría de los países del mundo, por lo que, al final de las negociaciones, acordamos utilizar en el texto de la Convención la terminología más generalmente entendida de deficiencia mental. Las personas con deficiencias mentales incluyen a los usuarios y supervivientes de la psiquiatría que experimentan o han experimentado la locura y/o problemas de salud mental y/o utilizan o sobreviven, o han utilizado o sobrevivido a los servicios de psiquiatría/salud mental, así como a aquellos de nosotros que somos *percibidos por los demás* como personas con una discapacidad/deficiencia mental. Preferimos utilizar el término “discapacidad psicosocial” y nos gustaría introducirlo en el vocabulario en lugar de utilizar el término “deficiencia mental” cuando ejerzamos presión para que se aplique la Convención. Reconocemos que puede haber dificultades para traducir la palabra “psicosocial” a otros idiomas distintos del inglés. Instamos a los miembros de la WNUSP a que consulten entre ellos y utilicen su mejor criterio a la hora de realizar la traducción (énfasis mío, WNUSP, 2008, p. 9).

La defensa del término «discapacidad psicosocial» implicó la necesidad de conceptualizar una categoría que había emergido *estratégicamente*. No desde la afirmación de una identidad esencial, sino en la contingencia de la lucha delimitada por un régimen de reconocimiento predefinido (la discapacidad), por diferenciación de la discapacidad intelectual y *contra* estatutos degradantes y vínculos médicos opresivos. En su Manual del 2008 la WNUSP especificó varias cuestiones de relevancia: la diferenciación entre discapacidad psicosocial real o percibida por los demás (en adelante

⁴⁸⁰ Para un abordaje en profundidad afín a esta crítica, véanse sobre todo los trabajos de Shelly Tremain (2001, 2015).

atribuida), que arraigaba en la definición del *Americans Disabilities Act 1990*,⁴⁸¹ y que está orientada por una estrategia de desnaturalización de la presunta «deficiencia».

No obstante, en aquel documento también incluyó un primer intento de conceptualización de la misma basado en justificar la elección de la palabra «psicosocial» que, más allá de su oposición al «modelo médico» y de su desmarque del «movimiento de rehabilitación psicosocial», operaba en términos positivos y tratando de enmarcarse en el MSD interactivo, eso sí, sustituyendo «deficiencia» por «diferencia»:

La palabra psicosocial se refiere a la interacción entre los componentes psicológicos y socioculturales de nuestra discapacidad. El componente psicológico se refiere a las formas de pensar y procesar nuestras experiencias y nuestra percepción del mundo que nos rodea. El componente social/cultural se refiere a los límites sociales y culturales para el comportamiento que interactúan con esas diferencias psicológicas/locura, así como el estigma que la sociedad atribuye a etiquetarnos como discapacitados (WNUSP, 2008, p. 9).

Unos siete meses después, en septiembre del 2008 y tras la entrada en vigor de la Convención el *IDA CRPD Forum*, del que participaba la WNUSP junto con muchas otras organizaciones de la Discapacidad,⁴⁸² en el marco de su contribución al Alto Comisionado para los Derechos Humanos para mejorar el conocimiento y la comprensión de la CDPD, continuó reivindicando la discapacidad psicosocial, partiendo de lo dicho anteriormente y ofreció una forma más elaborada de conceptualarla, esta vez centrada en proteger el derecho a la autoidentificación identitaria de las personas del colectivo, que como vimos históricamente venían rechazando de manera bastante

⁴⁸¹ Esta diferencia entre la deficiencia/discapacidad real y percibida la introdujo Tina Minkowitz en la WNUSP antes incluso de que NU diese inicio al proceso de la Convención, en la Primera Asamblea General de la WNUSP del 2001, a la que no fue presencialmente, pero a la que sí envió por escrito la siguiente contribución: «Debería haber una declaración clara de que la política relativa a las discapacidades también se extiende a las *discapacidades percibidas*: así lo hace la *Americans with Disabilities Act* de EEUU. (Que desgraciadamente aún se sigue interpretando de forma perjudicial para la cuestión de la discriminación psiquiátrica)» (énfasis original, WNUSP, 2001b, párr. 11). Posteriormente la WNUSP la siguió empleando en para demandar —como vimos— la prohibición de la institucionalización y tratamiento forzoso durante el Grupo de Trabajo, por ejemplo: «En particular, los Estados Partes prohibirán la experimentación médica o científica sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada y protegerán a las personas con discapacidad de dicha experimentación, y protegerán a las personas con discapacidad de las intervenciones forzosas o la institucionalización forzosa que tengan por objeto corregir o aliviar cualquier deficiencia real o percibida» (art. 11. 2) (Working Group, 2004, pp. 16-17).

⁴⁸² Disabled People's International (DPI) - Inclusion International (II) - International Federation of Hard of Hearing People (IFHOH) - Rehabilitation International (RI) - World Blind Union (WBU) - World Federation of the Deaf (WFD) - World Federation of the Deafblind (WFDB) - World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) - Arab Organisation of Disabled People (AODP) - Asia Pacific Disability Forum (APDF) - European Disability Forum (EDF) - Red Latinoamericana de Organizaciones no Gubernamentales de Personas con Discapacidad y sus Familias (RIADIS); Secretariat of the African Decade - Handicap Internacional (HI) - Survivor Corps.

hegemónica definirse como discapacitadas o deficientes. Allí la discapacidad psicosocial quedó definida como una categoría jurídica de reconocimiento de derechos que operaba como un paraguas para referir muy diversas formas de autoidentificarse, incluso las de quienes rechazaban definirse a sí mismas como personas con discapacidad:

.... debe utilizarse siempre que sea pertinente en la legislación, para referirse a las personas que *pueden definirse a sí mismas* de diversas formas: como usuarias o consumidoras de servicios de salud mental; supervivientes de la psiquiatría; personas que experimentan cambios de humor, miedo, voces o visiones; locura; personas que experimentan problemas de salud mental o crisis [...] personas que no se identifican como personas con discapacidad pero que han sido tratadas como tales [...] al ser etiquetadas como enfermas mentales o con algún diagnóstico psiquiátrico específico (IDA, 2008, p. 47).

Además, el documento que había sido elaborado por Minkowitz (2015), explicitaba lo que el término discapacidad psicosocial «pretendía expresar», tanto en términos positivos como en términos negativos:

El término “discapacidad psicosocial” pretende expresar lo siguiente:

- un modelo social más que médico de condiciones y experiencias etiquetadas como “enfermedad mental”.
- el reconocimiento de que tanto los factores internos como externos en la situación de la vida de una persona pueden afectar a su necesidad de apoyo o adaptaciones más allá de lo ordinario.
- el reconocimiento de que las respuestas punitivas, patologizantes y paternalistas a una amplia gama de condiciones y experiencias sociales, emocionales, mentales y espirituales, no necesariamente experimentadas como deficiencias, son discapacitantes.
- el reconocimiento de que la hospitalización o institucionalización forzada, la drogadicción forzada, el electrochoque y la psicocirugía, las inmovilizaciones, las camisas de fuerza, el aislamiento, las prácticas degradantes como la desnudez forzada o el uso de ropa institucional, son formas de violencia y discriminación basadas en la discapacidad, y también causan daños físicos y psíquicos resultando en una discapacidad secundaria.
- inclusión de personas que no se identifican como personas con discapacidad pero que han sido tratadas como tales, p. ej. al ser etiquetado como enfermas mentales o con algún diagnóstico psiquiátrico específico.

No significa:

- una afiliación a la rehabilitación psicosocial.
- aceptación de cualquier etiqueta con la que una persona no pueda identificarse.
- una categoría que se utilizará además de “enfermedad mental” o el “trastorno mental”.
- creencia en la “deficiencia” psicosocial (IDA, 2008, pp. 47-48).

En respuesta a estas peticiones El Comité incorporó desde el inicio el término «discapacidad psicosocial» en sus comentarios generales y observaciones a los Estados parte, dando lugar a su *consolidación performativa* como categoría de reconocimiento para (ex)usuarias/supervivientes/locas durante el *proceso interpretativo* de la Convención. Una de las cuestiones relevantes para las organizaciones de usuarias/supervivientes/locas en este proceso, fue proteger el derecho a la

autoidentificación identitaria de las integrantes del colectivo, y la mejor estrategia que encontraron para ello fue la de solicitar al Comité que diferenciara entre «personas con discapacidad psicosocial real o percibida» indicando el último término *atribución* de deficiencia/locura/enfermedad/trastorno mental por parte de otras personas (CHRUSP y APC, 2018; Minkowitz, 2015). Este requerimiento ha sido aceptado y empleado en documentos interpretativos de la Convención por lo que ésta protege los derechos humanos de toda persona a la que se atribuya un trastorno-enfermedad mental/locura,⁴⁸³ mientras respeta el derecho a autodefinirse por fuera, tanto de estas categorías, como de la discapacidad psicosocial.

Una muestra de algunas conceptualizaciones consecutivas⁴⁸⁴ sobre la discapacidad psicosocial enviadas al Comité por organizaciones de (ex)usuarias/supervivientes/locas con estatus consultivo, revela la *subversión* del MSD que consagra la Convención (CHRUSP y APC, 2018; IDA, 2008; WNUSP, 2008). La oposición es transversal y rotunda al modelo (bio)médico de «enfermedad mental» y a la existencia de un sustrato biológico subyacente. En esta línea, el rechazo a la categoría de «deficiencia» —que asume *incomplitud* o *defecto* de la persona— va más allá de la presunción de un sustrato biológico, se rechaza cualquier tipo de deficiencia ya sea «psicológica» o «psicosocial». El énfasis recae en el reconocimiento del carácter *productivo* y *discapacitante* de las *vulneraciones de derechos humanos* que impactan sobre el colectivo. Incluyendo las respuestas punitivas, patologizantes y paternalistas a una amplia gama de experiencias humanas y particularizando en aquéllas que causan daños psico-físicos en tanto deficiencia/discapacidad iatrogénica, como la institucionalización forzada, la administración forzada de drogas, el electrochoque, la psicocirugía, las camisas de fuerza y el aislamiento (IDA, 2008, p. 47).

Además estas conceptualizaciones reivindican los *apoyos y adaptaciones deseados*, cuya denegación constituye una vulneración de derechos humanos. Y señalan que la

⁴⁸³ En esta línea, El Comité clarificó, en su última revisión a España, dónde ésta trató de defender el «internamiento involuntario» como medida que *no implica discriminación por razón de discapacidad* que: «el ámbito de aplicación de la Convención abarca a todas las personas con trastornos de salud mental como personas con discapacidad psicosocial» (Comité CDPD, 2019, párr. 9).

⁴⁸⁴ Esta muestra parece revelar, en parte, un proceso de refinamiento conceptual. La primera conceptualización fue incluida por WNUSP en su Manual para la Implementación de la Convención, justo antes de que la CDPD entrara en vigor en el mismo documento en que solicita el uso de la «discapacidad psicosocial» como término de preferencia a la «deficiencia mental» (WNUSP, 2008). Unos meses más tarde, tras la entrada en vigor de Convención, la *International Disability Alliance* vehiculó una segunda conceptualización más refinada de WNUSP que fue elaborada Minkowitz (IDA, 2008; Minkowitz, 2015). El último documento, incluye una conceptualización que llega 10 años más tarde, y que fue enviada desde el *Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry* y la red internacional *Absolute Prohibition of Commitment and Forced Treatment* (ambos dirigidos/promovidos por Minkowitz).

discapacidad psicosocial aglutina tanto experiencias subjetivas de sufrimiento psíquico como formas de ser, estar, percibir o interactuar con el mundo que divergen de la norma y que no son experimentadas subjetivamente como sufrimiento.

La recepción de la categoría de la discapacidad psicosocial como identidad política entre usuarias y supervivientes, personas a quienes se les atribuye locura, enfermedad o trastorno mental, a sido diferencial en función del territorio. Notablemente ni la ENUSP ni la WNUSP, aunque emplean la discapacidad psicosocial en su abogacía de derechos humanos, no han cambiado el *nombre común* que tanto les costó acordar para incluirla como identidad política. El *Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry* (CHRUSP: Centro de Derechos Humanos de Usuarias y Supervivientes de Psiquiatría), que nació en 2009 con Tina Minkowitz como presidenta y fundamenta su abogacía en la CDPD, contando con estatus consultivo desde el 2017, tampoco la adoptó como identidad política en su nombre.

De hecho, en 2013, antes de que CHRUSP insistiera a El Comité en la necesidad de explicitar en el marco de la discapacidad psicosocial su cualidad de real o atribuida (CHRUSP y APC, 2018) y antes de que El Comité publicase su primera Observación General sobre la Igualdad ante la Ley, en la ENUSP la identidad discapacitada estaba dando lugar a intensos debates que Jasna Russo y Debra Shulkes (2015, pp. 33-34) evidenciaron y analizaron:

La identidad de la discapacidad se ha introducido en nuestro movimiento en Europa en gran medida con el fin de alcanzar determinados objetivos organizativos y de defensa. Recientemente también nos hemos encontrado con una exigencia implícita, y a veces abiertamente declarada, de que todas adoptemos el marco de la discapacidad. Esto ha empezado a interferir en el derecho de las personas a autodefinirse. A menudo va acompañada de la insistencia en que una identificación colectiva como personas discapacitadas es esencial si queremos tener éxito en la reivindicación de los derechos humanos o, de hecho, si queremos tener algún futuro como movimiento político. Estas opiniones opuestas expresadas en el foro de discusión online de la ENUSP (febrero de 2013) captan este debate:

“Si no aceptamos el concepto “discapacidad”, ya no tenemos nada que ver con la CDPD, y no podemos reclamar ninguno de los derechos que la CDPD nos confiere. Si no se nos permite cuestionar el concepto de discapacidad psicosocial a menos que tengamos un modelo/marco alternativo que sacarnos de la manga, no sé cómo vamos a trabajar para llegar a un entendimiento común y definir objetivos comunes en nuestras organizaciones. Llevar adelante nuestro pensamiento y nuestra acción requiere un debate abierto, respeto e interés por la vida de los demás, valor para desempacar los tabúes”.

Aunque reconocemos nuestras alianzas con el movimiento de personas con discapacidad como una posibilidad válida de aprendizaje mutuo, intercambio y acciones conjuntas — por todas las razones descritas anteriormente—, mantenemos que el evangelismo y el ultimátum no pueden ser el camino a seguir. La identidad personal sigue siendo una cuestión ética vital en nuestras organizaciones, precisamente porque a muchas de nosotras se nos arrebató el derecho a encontrar el significado de nuestras experiencias. No puede haber nada correcto o incorrecto cuando se trata de la autodefinición.

En marcado contraste con lo anterior, la discapacidad psicosocial ha sido elevada a la identidad política de preferencia en las Regiones de África y Asia-Pacífico, dónde el movimiento regional se configuró durante el proceso Constituyente de la CDPD o tras su entrada en vigor.

En octubre de 2011 las personas que lideraban la PANUSP, que había nacido del proceso Constituyente de la CDPD como delegación regional africana de la WNUSP, reunidas en la Ciudad de Cabo decidieron cambiar el nombre de su organización substituyendo las identidades políticas de usuarias y supervivientes por la nueva identidad de personas con discapacidad psicosocial, pasándose a llamarse *Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities* (PANPPD: Red Panafricana de Personas con Discapacidad Psicosocial) (Eromosele, 2021; Iga, 2021; PANPPD, 2014; Robb, 2018). Este cambio de nombre llegó de la mano de la *Cape Town Declaration* del 16 de octubre del 2011, bastante alineada con las demandas tradicionales del movimiento de la discapacidad, y con el modelo social:

Reconocemos que las personas con discapacidad psicosocial han sido mal vistas, y que se han utilizado palabras despectivas para describirnos, como perturbados mentales, locos, idiotas, lunáticos, imbéiles y muchas otras etiquetas hirientes.

¡Primero somos personas! Tenemos potenciales, capacidades, talentos y cada una de nosotras puede hacer una gran contribución al mundo. [...]

Creemos en un África en la que todas las personas sean libres de ser ellas mismas y de ser tratadas con dignidad. Todas las personas somos diferentes, únicas, y nuestras diferencias deben apreciarse como una cuestión de diversidad. Necesitamos que todas las personas acepten esta diversidad [...]

No puede haber salud mental sin nuestros conocimientos. Somos los conocedores y, sin embargo, seguimos siendo el recurso desaprovechado en la atención a la salud mental. Somos los expertos. Queremos que se nos escuche y participar plenamente en nuestras decisiones vitales. [...] Queremos, como todo el mundo, votar. Queremos casarnos, formar relaciones, tener una vida familiar plena, criar hijos y que se nos trate como a los demás en el lugar de trabajo, con igual remuneración por igual trabajo.

Mientras otros decidan por nosotras, no tenemos derechos. Nadie puede hablar por nosotras. Queremos hablar por nosotras mismas.

Queremos que se nos acoja con respeto y amor.

Estamos profundamente preocupadas por la magnitud del sufrimiento que padecen nuestros hermanos y hermanas en nuestro vasto continente. La pobreza, las violaciones de los derechos humanos y la discapacidad psicosocial van de la mano. Sabemos que no puede haber dignidad donde existe pobreza. No hay medicamentos ni tecnología occidental sofisticada que puedan erradicar la pobreza y devolver la dignidad.

La historia de la psiquiatría persigue nuestro presente. Nuestra gente sigue enjaulada y encadenada en instituciones y por ideas que nuestros colonizadores trajeron a nuestro continente.

Queremos que todo el mundo reconozca su participación en insultarnos y tratarnos como seres inferiores. Éstas son las barreras que nos impiden disfrutar plenamente de la vida. Estas barreras nos incapacitan y nos impiden participar plenamente en la sociedad.

Deseamos un mundo mejor en el que todas las personas reciban el mismo trato, un mundo en el que los derechos humanos pertenezcan a todos. Te invitamos a caminar a nuestro lado. Sabemos a dónde queremos ir (PANPPD, 2014, pp. 385-386).

El motivo principal del cambio de nombre a PANPPD fue que las identidades de «usuarias y supervivientes» fueron percibidas como occidentalocéntricas y carentes de sentido para la mayoría de africanos y africanas. Ante la ausencia o escasez de servicios que usar o de los que sobrevivir, lo que marcaba sus experiencias de opresión eran la pobreza y las prácticas de violencia comunitarias que se desarrollaron en imbricación con la implantación de la psiquiatría, su estado de excepción y sus formas de violencia e institucionalización; «las cadenas y las jaulas que trajeron los colonizadores». La Red Africana cambio su nombre «en reconocimiento de que “usuarios y supervivientes de la psiquiatría” no refleja adecuadamente la representación y la realidad vivida por este grupo sin voz en África» (Robb, 2018, p. 6), pues, como uno de los miembros indicó:

En África, debemos tener nuestra propia situación en perspectiva antes de desplegar nuestro programa de defensa, no podemos limitarnos a lo que dicen los defensores occidentales... la gente de Occidente habla de personas que han sobrevivido a los servicios. En África ...son muy pocos los que pueden acceder a esos servicios (citado en, Kleintjes et al., 2013, párr. 192).

Además, según uno de los fundadores veteranos de la Red Africana, Daniel Mwesigwa Iga, esta identidad también respondía a la demanda de acceso a servicios comunitarios que proveen los psiquiatras «cambiamos el nombre porque la gente consideraba que los términos “usuarios” y “supervivientes” son en cierto modo estigmatizantes y también ofrecen una mala imagen a nuestros proveedores de servicios: los psiquiatras» (Iga, 2021, p. 60). La lucha allí pasa por la autodeterminación sí, pero también contra la pobreza y por la sensibilización comunitaria y el acompañamiento de las organizaciones de personas con discapacidad psicosocial a las familias que tienen algún miembro en crisis, lucha contra las formas de violencia que operan tanto en las practicas comunitarias, cadenas, jaulas, e institucionales, y por el despliegue de servicios comunitarios:

Mi experiencia con la WNUSP es que combina a personas del globo norte y del sur, con distintos niveles de crecimiento económico. Nuestros miembros del Norte Global suelen recibir asistencia social y servicios del Estado. Pero para nosotros, los del Sur, los usuarios de nuestros servicios no tienen a nadie que se ocupe de ellos, aparte de sus familias de base. [...] Y otro reto que he visto es que a nuestros amigos del Norte se les obliga a someterse a tratamiento. Sin embargo, en el Sur Global, existen unidades de salud mental prácticamente rudimentarias, por lo que, en conjunto, se prestan menos servicios convencionales de base psiquiátrica a las personas. [...] Ésos son los retos que he experimentado en la defensa internacional, porque a veces no entienden por qué hablo de la familia. Para nosotros la familia es muy importante. También estoy en contra de la coacción, pero hasta cierto punto tenemos que ser realistas. Antes de estabilizarnos necesitamos servicios psiquiátricos. Cuando no los hay, el estado de alguien puede agravarse. [...] En un momento dado necesitamos el modelo médico porque a veces los remedios naturales y las alternativas pueden no ayudarte como puede ayudarte la medicación psiquiátrica, pero por supuesto con consentimiento informado. El tratamiento médico debe ser siempre con consentimiento personal, no coercitivo.

Hacemos hincapié en el derecho al consentimiento informado y en acabar con la tutela y el enjaulamiento, que no es asistencia, sino tortura. Defendemos los servicios de salud mental comunitarios frente a la institucionalización (Iga, 2021, pp. 61-62).

La región de Asia-Pacífico empezó a constituirse en red tras la entrada en vigor de la CDPD con la emergencia en 2012 del *TransAsian strategy group* (Grupo Estratégico Transasiático). Éste pasó a incorporar en su nombre la identidad política de «personas con discapacidad psicosocial» en noviembre del 2014, cuando adoptó el nombre *Transforming Communities for Inclusion of persons with psychosocial disabilities – Asia* (TCI-Asia: Transformación de las comunidades para la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial – Asia), una elección que mantuvo cuando en agosto del 2018 pasó a ser *TCI-Asia Pacific* y también cuando en diciembre del 2020 *TCI-Asia Pacific* decidió convertirse en TCI —o *TCI-Global*— (Davar, 2017; TCI, 2023; TCI Asia Pacific, 2018).

En la declaración constituyente de *TCI-Asia Pacific* las «personas con discapacidad psicosocial simpatizantes del movimiento transversal de la discapacidad de 21 países de la región Asia-Pacífico» abrazaron el marco de la CDPD, confirmando «la absoluta relevancia del cambio de paradigma hacia la “inclusión” alejado del modelo médico o de un enfoque centrado únicamente en la “salud mental”», y destacaron las siguientes «cuestiones graves» de «discriminación sostenida, y exclusión» contra las cuales luchaban:

El crecimiento de las nuevas leyes de salud mental en la región de Asia y el Pacífico, con disposiciones básicas de ingreso y tratamiento involuntarios; que a menudo conducen a tasas más elevadas de estancia en hospitales psiquiátricos; las terribles condiciones de las instituciones psiquiátricas, incluidos los abusos físicos y sexuales de las personas con discapacidad psicosocial de la región; riesgo para la vida debido a infecciones, inanición, desnutrición, tratamiento de electrochoque directo ([...] sin el uso de anestesia), uso no regulado de contenciones y confinamiento solitario, y otros tratamientos inhumanos, degradantes y tortuosos; violaciones en las familias y comunidades —incluido el *pasung*, (encadenamiento) una práctica habitual; el aislamiento en condiciones inhumanas, degradantes, crueles y tortuosas en instituciones de asistencia social, casas no reguladas, chabolas y asentamientos de animales; el completo silenciamiento de las voces de las personas con discapacidad psicosocial a través de la discriminación sancionada por el Estado mediante leyes de incapacidad que se practican con mayor frecuencia en la Commonwealth; la discriminación sistémica contra nuestra inclusión en el desarrollo, especialmente de mujeres, niños, LGBTI, indígenas y otros grupos que se enfrentan a múltiples discriminaciones en nuestras sociedades.

Que estos problemas no son esporádicos, sino que se confirman como hechos frecuentes en todas las regiones de Asia-Pacífico, profundamente arraigados en las estructuras jurídicas, normativas y sociales, y reforzados por tradiciones coloniales e históricas establecidas en las legislaciones nacionales;

Que estas violaciones en la ley y en la práctica no pueden abordarse mejorando marginalmente los sistemas de salud mental que perpetúan la negación de los derechos humanos en nombre de “nuestro interés superior”, sino adoptando el cambio total de

paradigma de la CDPD hacia la inclusión de acuerdo con nuestra elección, voluntad y preferencias (TCI Asia Pacific, 2018, p. 2).

No obstante, la elección de la identidad política para *TCI-Asia* no fue nada fácil dada la heterogeneidad de las experiencias existentes en la región. Como explica Bhargavi Davar (2015) la reflexión identitaria regional surgió a raíz de un encuentro en mayo de 2013 organizado por la organización *Bapu Trust* en el que se hizo una consulta denominada «Visión y estrategia para transformar las comunidades para la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial» que reunió un grupo de 27 activistas en su mayoría de la región asiática incluyendo a personas de Nepal, Filipinas, China, Bangladesh e India, junto a algunos líderes del movimiento transversal de la discapacidad. En esta consulta se debatieron las identidades de «persona discapacitada» versus «enferma mental» o «usuaria y superviviente»:

En esta reunión, con el trasfondo de la CDPD, acordamos que nos encontrábamos en una situación de “crisis de identidad”. Estuvimos de acuerdo en que “enfermo mental” es un término vinculado a un diagnóstico médico, que se nos aplica cuando no hay apoyo y fracasa la autogestión; y en algunos casos, se refiere a alguien que está incapacitado por la sociedad y la ley. También se consideró que la identidad de “usuario y superviviente” venía con el bagaje de la historia occidental y nos enmarcaba en el contexto médico. Además, en muchas regiones de Asia no había servicios, por lo que no se podía hablar de “utilizar” o “sobrevivir” a un servicio. Por otra parte, las personas de India y China, con fuertes experiencias de opresión dentro del sistema médico, se identificaban como “usuarias y supervivientes” y no como personas con discapacidad. Yo y otros pensamos que el término “discapacidad” hace hincapié en la discriminación social y también en las posibilidades de recuperación de la identidad personal. La cuestión sigue siendo cómo conciliar estas diferencias, y si es necesario conciliarlas [...] ser una persona “discapacitada psicosocial” es una identidad de reciente formación, inspirada en la visión de los derechos humanos de la CDPD. Este debate se intensificó durante la redacción de la CDPD y posteriormente, y muchos de nosotros hicimos una dura campaña para que se nos incluyera en el movimiento más amplio de las personas discapacitadas. Sin embargo, cuando nos encontramos cara a cara con las redes transversales de la discapacidad, nuestras identidades se vuelven aún más complejas y desafiantes. En los últimos tiempos, obtuvimos una identidad como “las más marginadas”, “personas con grandes necesidades de apoyo”, etc., dentro del movimiento transversal de la discapacidad. Sin embargo, muchas personas [...] no se identificaron como “personas con grandes necesidades de apoyo”, sino como “personas con discapacidad psicosocial”. [...] El concepto de “discapacidad psicosocial” (especialmente tal y como se articula en la Convención) viene acompañado de la promesa de derechos humanos y empoderamiento, en lugar de privación de libertad. Normaliza las experiencias humanas, dentro de una serie de problemas a los que se enfrentan los seres humanos en general, en momentos de vulnerabilidad. La vida no se limita a la patología médica y no existe la “muerte civil”. Podría decirse que el concepto de discapacidad incluye a las personas con experiencias psicosociales discapacitantes dentro del espectro de la diversidad humana, minimizando así potencialmente nuestra exclusión. Aunque la situación política en India y en otros países de la región asiática es extremadamente compleja y controvertida, las personas con discapacidad psicosocial nos hemos imbuido del “espíritu” de la CDPD (Davar, 2015, pp. 224-226).

Entre el 7 y el 9 de diciembre del 2018 un grupo de activistas de diez países de Latinoamérica dieron nacimiento en Lima (Perú) a la primera organización regional de

personas psiquiatrizadas, locas, a quienes se les atribuye una enfermedad mental, de la región, escogiendo como nombre Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial Locura Latina, un título amplio que se desmarcó de la identidad política de la discapacidad psicosocial para incluirla bajo el paraguas de la *diversidad psicosocial* (Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial Locura Latina, 2018). La Declaración de Lima que la constituyó manifestaba:

1. Somos un colectivo históricamente discriminado integrado por personas usuarias, exusuarias y sobrevivientes de la psiquiatría, personas locas, personas con discapacidad psicosocial, entre otras identidades de la diversidad psicosocial. Vivimos experiencias comunes en las que enfrentamos tortura, privación de la libertad, aislamiento, trauma, violencia, estigmatización, exclusión y vulneración de nuestros derechos.

2. Reivindicamos nuestra dignidad, libertad, autonomía e independencia personal, incluida la libertad de tomar nuestras propias decisiones, así como el rol activo y protagónico que queremos ejercer sobre nuestras vidas. Nadie sabe ni sabrá mejor que nosotros y nosotras cuáles son nuestras necesidades y demandas.

3. Exigimos el absoluto respeto de nuestros derechos humanos y libertades fundamentales, particularmente aquellas reconocidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, ratificada por todos los países de la región.

4. Denunciamos la patologización y la medicalización de nuestra diversidad, y toda otra forma de discriminación y abuso ejercida desde la psiquiatría, la psicología y otras especialidades en nombre de la “salud mental” y la “normalidad”. Demandamos la construcción de un nuevo paradigma del malestar subjetivo, que acepte la “diversidad psicosocial” como un hecho y principio derivado de la diversidad humana y nos reconozca como personas expertas por experiencia.

5. Rechazamos absolutamente la privación de libertad, el electroshock, la esterilización forzada, los tratamientos forzados, la medicación involuntaria, las contenciones mecánicas y químicas, y otras formas de tortura y vulneración de derechos en nombre de la “salud mental”. Exigimos que estas prácticas sean abolidas y que sus víctimas sean reparadas e indemnizadas.

6. Nos adherimos a la lucha del movimiento feminista y condenamos todos los tipos de violencia que el patriarcado y sus instituciones han y siguen ejerciendo contra las mujeres y grupos en situaciones de mayor vulnerabilidad, especialmente, contra los que no se adhieren a las expectativas de roles de género y “normalidad”. Nos adherimos también a las reivindicaciones de los movimientos por los derechos de la niñez y los pueblos indígenas.

7. Advertimos la grave situación de pobreza y exclusión social en la que vive nuestro colectivo en América Latina, particularmente aquellas personas que pertenecen a los grupos más marginados y discriminados, lo cual reduce significativamente nuestras oportunidades educativas, laborales, artísticas, culturales, recreativas, políticas y de participación plena.

8. Defendemos que ninguna persona debe ser patologizada ni psiquiatrizada por su identidad de género, su orientación sexual, o cualquier otra expresión de diversidad sexual fuera de lo establecido como lo “normal”. Rechazamos las “terapias correctivas” y otras prácticas heteronormativas que se practican con el objetivo de “corregir” a las personas.

9. Nos comprometemos a trabajar por la construcción de un movimiento asociativo regional; fomentar el intercambio de experiencias, saberes y buenas prácticas alternativas, incluida la desmedicalización; colaborar en el desarrollo y consolidación de grupos de apoyo mutuo; impulsar el conocimiento y cumplimiento de nuestros derechos; promover el orgullo loco y el derecho a la locura; y participar y promover reformas legislativas y de políticas públicas en la región, apoyando la transformación de nuestras

comunidades y nuestros entornos hacia sociedades inclusivas que valoren y respeten la diversidad humana.

10. Queremos ser un espacio democrático, participativo, abierto y horizontal para todas las personas psicosocialmente diversas de América Latina, sin distinción de sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad, color, idioma, religión, origen o cualquier otra condición de diversidad. Promovemos la igualdad de género, el criterio de paridad en la participación y una perspectiva interseccional al interior y fuera de nuestro colectivo.

11. Estamos abiertos y abiertas a formar alianzas y trabajar con personas y organizaciones aliadas que compartan nuestros principios, en un marco de respeto, igualdad y equidad para avanzar en la construcción de sociedades justas e inclusivas (Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial Locura Latina, 2018).

Ese mismo año 2018, diversas líderes de organizaciones internacionales, incluidas el CHRUSP, la WNUSP, TCI-ASIA y de la Campaña internacional en Apoyo a la Prohibición Absoluta de Internamiento y Tratamiento Forzoso de la CRPD (*Absolute Prohibition Campaign*) acordaron adoptar el siguiente «modelo social de la discapacidad psicosocial»:

La discapacidad psicosocial refiere la experiencia de discriminación de la persona, que puede incluir segregación, confinamiento, violaciones de autonomía e integridad física y mental, y/o la negación de los apoyos y adaptaciones deseados, basada en su sufrimiento o perturbación subjetiva [*distress or disturbance*] o en la atribución por parte de terceros de angustia o perturbación [la atribución indica desafío las normas sociales u ordenes políticos dominantes]» (CHRUSP y APC, 2018, p. 1).

En ese mismo documento se enfatizó que la discapacidad psicosocial —en sintonía con el carácter estratégico que le dio existencia— estaba desprovista de cualquier esencialismo llegando a responder a la pregunta ¿Qué es la discapacidad psicosocial?: «es un constructo social y no existe aparte de los procesos sociales y políticos que sistemáticamente desautorizan a las personas y violan sus derechos humanos...» (CHRUSP and APC 2018, 1).

Estas diferentes respuestas a la emergencia de la discapacidad psicosocial, un producto histórico surgido de la contingencia de la lucha, del vacío en el que se libra la ofensiva, de la escena histórica en la que imbrican las fuerzas de la dominación y la emancipación, producto situado justo allí dónde cristaliza —de un modo tenso y ambivalente— la producción efectiva y tremendamente reciente, de un sujeto de derechos humanos que antes no existía: no podía ser interpelado, reconocido, ni pronunciado, tienen en común el hecho de abrazar en su lucha el mandato político que instituye la CDPD.

De la abolición del poder soberano de la psiquiatría en el régimen de los derechos humanos*

Si bien nuestra identidad exacta como personas con discapacidad no está clara en la Convención, el lenguaje de “personas con discapacidad psicosocial”, sugerido por algunos activistas de WNUSP, no se incluyó en el texto, nuestros valores y nuestras voces resuenan en todas partes [...] han logrado que estos objetivos a largo plazo de nuestro movimiento sean respaldados por las Naciones Unidas, la máxima autoridad legal y moral en abusos de derechos humanos. [...] Este hallazgo valida profundamente nuestras experiencias y no hubiera sido pensable sin la Convención.
Jasna Russo y Debra Shulkes

Como vimos, durante las negociaciones de la Convención y a partir de la implicación de la WNUSP en el Grupo de Trabajo, la igualdad ante la ley emergió para ésta como el centro de gravedad hacia el cual convergían las demandas políticas históricas de usuarias y supervivientes en el marco de los derechos humanos. En aquella época y durante el proceso del Comité Especial las representantes de la WNUSP y la MF/SCI participaron en varios eventos paralelos «centrados principalmente en la importancia del reconocimiento de la capacidad jurídica en pie de igualdad con los demás y de la protección de la libertad de tomar nuestras propias decisiones. Trabajamos duro y presionamos mucho, y tuvimos que escuchar muchas opiniones irrespetuosas» (WNUSP, 2008, p. 6).

La inserción de la nota al pie del artículo 12 que se evidenció durante la lectura de la Convención para su aprobación, cuyo *leitmotiv* permitía interpretar la capacidad jurídica como mera titularidad pasiva de derechos y no como capacidad para ejercerlos, amenazando con tirar por tierra todo el trabajo de defensa de usuarias y supervivientes, tras la lucha que la WNUSP y el IDC lideraron para eliminarla, no hizo más que elevar el estatus de la capacidad jurídica a la mayor importancia (Minkowitz, 2012a). Por ejemplo, ante la apertura del tratado a la firma de los Estados, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos, se refirió al Igual Reconocimiento como Persona ante la Ley como una cuestión «crucial y compleja» que requería una actuación «no sólo urgente sino también informada», en la medida en que era «fundamental no sólo como derecho en sí mismo, sino también como la base para proteger otros derechos humanos» (Arbour, 2007, p. 4).

* Hemos incluido parte de los contenidos de este subapartado de la tesis en un artículo derivado de la misma y publicado en coautoría con Margot Pujal y Enrico Mora en la revista *Direito e Práxis* en versión española e inglesa (Pérez-Pérez et al., 2022a, 2022b).

El artículo 12 fue además aquél en el que convergieron la mayoría de las declaraciones interpretativas y reservas que los Estados formularon en el momento de la firma, ratificación, confirmación formal o adopción, con el fin de mantener sistemas de incapacitación jurídica y tratamiento forzoso. Éstas incluyeron aquéllas formuladas por Australia, Canadá, La República Árabe de Egipto, Estonia, Francia —en lo que refiere al consentimiento para el tratamiento—, Georgia, Irlanda, Kuwait, El Reino de los Países Bajos, Noruega, Polonia, Singapur, La República Árabe Siria, La República de Uzbekistán y La República Bolivariana de Venezuela, entre otras (United Nations, 2023).

Tras la firma y entrada en vigor de la CDPD la WNUSP se centró en desarrollar y difundir el marco interpretativo del artículo 12 en su lucha por desacreditar las declaraciones y reservas presentadas por los Estados a su igual reconocimiento como personas ante la ley. Así «los miembros de la IDC que trabajaban para eliminar la nota a pie de página compartimos información de nuestros respectivos ordenamientos jurídicos, y creamos el *Legal Capacity Task Force* [LCTF: Grupo de trabajo sobre capacidad jurídica], como un Grupo de Trabajo de la IDA y del Foro de la IDA sobre la CDPD, para continuar estas conversaciones» (Minkowitz, 2012a, p. 18).

Este Fórum de la IDA sobre la CDPD, envió el 15 de septiembre del 2008 a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), una contribución que contenía los «Principios para la implementación del Artículo 12 de la CRPD» que profundizaban en la interpretación del postulado de igualdad ante la ley que venía siendo defendida por la WNUSP durante las negociaciones, y que sirvieron, no solo «de base para movilizarse contra las declaraciones y reservas», sino también de base para asentar las posiciones de expertos internacionales y de las máximas autoridades de Naciones Unidas en la cuestión, el ACNUDH y El Comité de la CDPD (Minkowitz, 2012a, p. 18).

El 21 de Junio del 2008 un grupo de 32 juristas internacionales —de Argentina, Australia, Brasil, Chile, Costa Rica, Dinamarca, la India, Islandia, Japón, México, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Nicaragua, Perú, Reino Unido y EEUU—, entre quienes figuraba Tina Minkowitz, firmaron un informe en el que concluían que las reservas al artículo 12 eran contrarias al objeto y fin de la CDPD y por lo tanto ilegales según el artículo 46 de la misma y la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados que había entrado en vigor en 1980 (Cifuentes et al., 2008; Minkowitz, 2012).

Poco después, en su Estudio temático sobre la mejora del conocimiento y la comprensión de la CDPD del 26 de enero del 2009, el ACNUDH,⁴⁸⁵ y posteriormente El Comité, en sus Observaciones finales a España (Comité CDPD, 2011, párr. 33-36), apoyaron «el derecho a la capacidad jurídica como la capacidad de actuar, y afirmaron que el párrafo sobre salvaguardias se refería a medidas de apoyo [...] confirmando la intención de la WNUSP y el IDC para estas disposiciones» (Minkowitz, 2012a, pp. 17-18).

Así pues, el «desplazamiento equivalente» (Laclau y Mouffe, 1987) de los valores democráticos de igualdad, libertad y dignidad contenidos en la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, y más concretamente en su mandato de Igualdad ante la ley (Art. 7) y no discriminación (Art. 2: Art. 7) que expacientes, usuarias y supervivientes venían reivindicando desde inicios de los años 70, empezó a consagrarse en la interpretación autorizada de la CDPD a la que tanto habían contribuido. Poco después sus principales demandas históricas, la abolición del internamiento y tratamiento forzoso, de la incapacitación jurídica y de la inimputabilidad penal, ya íntegramente formuladas en la Declaración de Derechos Humanos y Opresión Psiquiátrica del 1982 (10th ICHRP, 1982), confluyeron y cristalizaron, no por casualidad, en un mismo centro de gravedad: la Primera Observación General de El Comité, emitida en 2014 que trató sobre el Artículo 12, Igual Reconocimiento como Persona ante la Ley.

Contra la historia de la democracia moderna y contra todas las normativas previas en materia de derechos humanos, discapacidad y «enfermedad mental», la CDPD en su interpretación autorizada del derecho al Igual reconocimiento como persona ante la ley (Art. 12) obliga a abolir las prácticas evaluativas y figuras jurídicas que vienen suspendiendo el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales por atribución de trastorno mental o discapacidad intelectual (Comité CDPD, 2014). Este cambio radical de paradigma se fundamenta en el reconocimiento de la «capacidad jurídica universal», como atributo inherente a la condición humana que encapsula, parafraseando a Hanna Arendt (1999), el «derecho a ejercer los derechos que se tienen», tal y como defendieron usuarias y supervivientes (Minkowitz, 2012a). La capacidad jurídica universal, rompe así con la distinción entre personalidad jurídica (ser titular de derechos y obligaciones)

⁴⁸⁵ «El artículo 12 de la Convención exige a los Estados Partes que reconozcan a las personas con discapacidad como personas ante la ley, dotadas de capacidad jurídica, incluida la capacidad de obrar, en igualdad de condiciones con las demás. El artículo 12, apartados 3 y 4, exige a los Estados que proporcionen acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica y que establezcan salvaguardias adecuadas y efectivas contra el abuso de dicho apoyo. Cabe destacar la centralidad de este artículo en la estructura de la Convención y su valor instrumental para la consecución de otros muchos derechos» (Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos, 2009, párr. 43).

y capacidad de obrar (reconocimiento de la agencia para ejercerlos) en la que se han venido basando las figuras jurídicas que suspenden el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales por atribución de trastorno mental o deficiencia/discapacidad intelectual o mental: esto es la incapacitación jurídica, el tratamiento e internamiento forzoso y la inimputabilidad penal. Deroga también los criterios médico-psiquiátricos que fundamentan la decisión soberana de entrada a este estado de excepción, incluidos los de: «estado o condición» (diagnósticos), «funcionales» (evaluación de capacidad o competencia), y de «resultado» (peligrosidad u anticipación de daño para uno mismo o los demás) (Comité CDPD, 2014, párr. 15).

Como ha afirmado el Comité en varias observaciones finales, el tratamiento forzoso por parte de profesionales de la psiquiatría y otros profesionales de la salud y la medicina es una violación del derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley y una infracción del derecho a la integridad personal (Art. 17), el derecho a la protección contra la tortura (Art. 15) y el derecho a la protección contra la violencia, la explotación y el abuso (Art. 16). Esa práctica niega la capacidad jurídica de una persona de elegir el tratamiento médico que ha de recibir y por lo tanto constituye una violación del artículo 12 de la Convención. En lugar de ello, los Estados partes deben respetar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad de adoptar decisiones en todo momento, también en situaciones de crisis; velar por que se proporcione información exacta y accesible sobre las opciones de servicios disponibles y por que se ofrezcan alternativas no médicas; y proporcionar acceso a apoyo independiente. [...] Los Estados partes deben eliminar las políticas y las disposiciones legislativas que permiten o perpetran el tratamiento forzoso, ya que este constituye una violación continua que se observa en la legislación sobre salud mental en todo el mundo, a pesar de los datos empíricos que indican que no es eficaz y de las opiniones de los usuarios de los sistemas de salud mental que han padecido sufrimientos y traumas profundos como consecuencia de tratamientos forzosos (Comité CDPD, 2014, párr. 42).

Para posibilitar la plena inclusividad de las personas con discapacidad en el aparato legislativo, la CDPD obliga a los Estados a establecer sistemas de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica y a la toma de decisiones, que son concebidos como el ejercicio de un derecho positivo rechazable, asentado en la *voluntad y preferencias* de la persona y no en lo que se percibe como su «interés superior» (Comité CDPD, 2014, párr. 29). Las salvaguardias, contra toda tradición previa, se orientan a supervisar a las figuras de apoyo para «garantizar el respeto de los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona» proporcionando protección contra los abusos (Comité CDPD, 2014, párr. 20).

La única *exceptio* que la CDPD incorpora para permitir substituir en la toma de decisiones sobre su propia vida a las personas con discapacidad ya la anunciaba parcialmente Chamberlin (1998) es «cuando, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible determinar [su] voluntad y [...] preferencias» en cuyo caso debe substituirse el criterio del «interés superior» por el de la «mejor interpretación posible» de éstas, y establecer apoyos orientados a intentar comunicarse con la persona

y verificar periódicamente si se puede obtener una manifestación de su voluntad (Comité CDPD, 2014, párr. 21).

Si, como Foucault (2016, p. 78) consideramos que, aunque «todas las relaciones de poder están investidas por deseos y [...] por esquemas de racionalidad» fundamentalmente «lo que ponen en juego, son voluntades» tenemos un principio hermenéutico para comprender el mandato de Igualdad ante la Ley de la CDPD desde el entrecruzamiento Foucault-Agamben. Dicho mandato tiene como principio y límite el respeto de «la voluntad» de la persona. Según Foucault, «la voluntad» constituye «el acto puro del sujeto», no por su carácter pre-fundacional, sino porque el sujeto es un efecto de la voluntad, en tanto ésta es el acto que fija y determina la propia posición de sujeto en un entramado de relaciones de poder y alternativas de acción más o menos delimitado (Foucault, 2016, p. 79). Se comprende así que lo que restituye fundamentalmente el mandato del artículo 12 es la agencia y la libertad, sellando el umbral que separa el ejercicio del poder sobre un sujeto libre, que es intrínseco a toda relación social, del ejercicio de la dominación sobre un ser cosificado y reducido a la impotencia (Foucault, 1988), por haber sido constituido como nuda vida, exceptuada del derecho humano, y con ello arrojada a regímenes de violencia impunes (Agamben, 2019).

En términos genealógicos el mandato derivado del artículo 12 implica la disolución de la paradoja democrática que constituyó históricamente el campo de acción Estatal en psiquiatría y posteriormente el campo de acción intergubernamental de las Naciones Unidas en salud mental, discapacidad y derechos humanos. Esta paradoja se expresa con gran claridad en lo relativo a la «salud mental», la cual, sobre la base de su codificación médica como parte de la salud (Tobin, 2012), se ha venido consolidando por un lado, como un derecho humano que el Estado debe promover, respetar, proteger y garantizar, y la sociedad civil puede exigir (OHCHR, 2022) y por el otro, como un estado de excepción a los derechos humanos, investido de «competencias especiales» que permiten poner en suspenso los derechos y libertades fundamentales y, con ello, exponer impunemente a la ciudadanía a prácticas de privación de libertad, violencia y tortura, que quedan legitimadas por una retórica médica de «protección y cuidado» (Minkowitz, 2012a; Weller, 2017).

Esta aporía democrática constituyente del campo intergubernamental de acción en salud mental no hace más que expresar la articulación entre poder soberano y biopoder que, bajo la paradójica fórmula «hacer morir y hacer vivir», constituye el núcleo de la práctica psiquiátrica. Su abolición implica distinguir la protección y el cuidado del ejercicio de la violencia impune que la muerte como sujeto de derecho hace posible,

implica no poder reducir una vida a su dimensión meramente biológica —«por su propio bien»— y, en última instancia expulsarla del régimen jurídico de lo humano bajo el signo de la indistinción entre violencia y cuidado.

El mandato de igualdad ante la ley de la CDPD constituye la abolición de un «estado de excepción», largo tiempo inscrito en el régimen de los derechos humanos, que es constitutivo del régimen democrático moderno y de la emergencia y despliegue histórico del dispositivo psiquiátrico, cuyas competencias de poder soberano deroga formalmente. El cambio radical de paradigma que instituye, intensamente defendido por las organizaciones regionales de personas psiquiatrizadas en América Latina, Norteamérica, Europa, África y Asia-Pacífico,⁴⁸⁶ está siendo intensamente disputado (Appelbaum, 2019; Dawson, 2015; Freeman et al., 2015; Neuman, 2021; Pozón, 2016).

El punto más candente de la disputa versa sobre la obligación de abolir el tratamiento e internamiento forzoso en salud mental, locus constitutivo de la psiquiatría, respecto al cual varios organismos internacionales y de derechos humanos se han posicionado en contra: incluida la Asociación Mundial de Psiquiatría que llegó tarde a la contienda publicando una editorial titulada *Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities—from itself* (Salvar la Convención de las NU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad — de sí misma) en la que llamaba a una campaña mundial contra la interpretación autorizada del artículo 12 (Appelbaum, 2019) y de modo más preocupante por el Comité de Derechos Humanos (2014, parag. 19) del PIDCP, que poco después de la publicación del Comentario General sobre el artículo 12 de la CDPD se desmarcó de éste señalando en su Observación General sobre Libertad y Seguridad Personales (Art. 9), que «toda privación de libertad [en salud mental] deberá ser necesaria y proporcional, con el propósito de impedir que el interesado se haga daño o cause lesiones a terceros» en cuyo caso deberán aplicarse «programas de tratamiento y rehabilitación que sirvan a los fines aducidos para justificar la reclusión» (Comité de Derechos Humanos, 2014).

El criterio reiterado para legitimar la entrada al estado de excepción es el de la peligrosidad, que encontramos genealógicamente vinculado a la querella entorno a la «monomanía homicida» y a la consiguiente Ley francesa del 1838 sobre los alienados (Robert Castel, 1980, p. 331; Foucault, 2007c, p. 136), consagrado como universal

⁴⁸⁶ Las principales organizaciones con carácter regional o consultivo, además de la WNUSP son las que referimos anteriormente: Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial; *Pan African Network of Persons with Psychosocial Disabilities*; *Transforming Communities for Inclusion of Persons with Psychosocial Disabilities-Asia Pacific*; *European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry*; *Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry*, y *MindFreedom International*.

posteriormente en el régimen de los derechos humanos a través de los PPEMSM (1991) «impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros» en sus diversas fórmulas (Principio 11, párr. 8 y 11; Principio 18, párr. 7 y 8; Principio 19, párr. 1). En este criterio de riesgo y peligrosidad la desposesión de la existencia política y la producción de la vida nuda sobre la que es posible ejercer la violencia impunemente (soberanía) está articulada con la asunción del cuidado del cuerpo individual y nacional tanto en su forma anatomopolítica (prevenir el daño al paciente-individual) como biopolítica (prevenir el daño a terceros).

La CDPD no manda la abolición de la psiquiatría, utopía imposible desde la alianza de la posición de «usuarias» con la de «supervivientes», y desde el marco de reconocimiento de los derechos humanos. No obstante sí que deroga parte del núcleo fundacional del poder psiquiátrico, su competencia de poder soberano. El tipo de poder que está en disputa actualmente en los debates sobre los derechos humanos, la salud mental y el mandato de igualdad ante la ley de la CDPD remite al «hacer morir políticamente» que conforma el núcleo constitutivo del poder soberano de la psiquiatría. ¿Qué queda si lo eliminamos de la ecuación? El «hacer vivir y dejar morir», característico de la disciplina y la biopolítica, que abre un espacio potencial de «abandono» a la muerte.

No obstante, la CDPD es completamente contraria a la «fantasía de autosuficiencia» que subyace a esta lógica individualista cuyo punto de engarce es (andro)occidentalocéntrico y capacitista (Butler, 2021, p. 47). Precisamente porque parte de uno de los sujetos sobre los que históricamente se ha depositado unilateralmente la «dependencia» y la «vulnerabilidad» que caracteriza nuestra existencia en tanto cuerpos (Pié Balaguer, 2020; Pié Balaguer y Solé Blanch, 2011), e incorpora reivindicaciones del sujeto político de la discapacidad, es la primera Convención cuya conceptualización de la libertad y de la autonomía mantiene la obligación de «no injerencia» antipaternalista característica de la autonomía liberal, al tiempo que reconoce que el ejercicio de la agencia se apoya en múltiples relaciones de interdependencia, las cuales incluyen no sólo a otras personas, sino también a sistemas en los que quedan imbricadas infraestructuras materiales, sociales y comunicativas.⁴⁸⁷ Por ello, los Estados deben implantar sistemas de apoyo para el ejercicio de los derechos

⁴⁸⁷ Esta apuesta particular, a caballo entre «la autonomía liberal en su dimensión negativa» y «la autonomía relacional en su dimensión positiva», ha sido denominada por M. Àngels Porxas Roig (2019, p. 253) «autonomía con apoyos». Para una discusión teórica acerca de los problemas de abrazar plenamente la autonomía relacional sin los límites que impone el principio de no injerencia véase John Christman (2004) y, en los respectivo a la CDPD Fleur Beaupert (2018).

civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas con discapacidad, incluyendo la vida en comunidad, lo cual, constituye efectivamente una forma de profundizar en los valores democráticos de igualdad y libertad.

El mandato de igualdad ante la ley particularmente obliga a los Estados a proveer a las personas con discapacidad de apoyos —voluntarios— para el ejercicio de la capacidad jurídica, la toma de decisiones y la vida en comunidad, también en lo que respecta a las situaciones de «crisis» o sufrimiento intenso, derogando la respuesta tradicional que posibilita el ejercicio de la violencia impune, el internamiento y tratamiento involuntario. Prácticas justificadas, por quienes buscan perpetuarlas —incluido el Comité de derechos humanos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas — apelando a un principio de protección y cuidado que en última instancia esconde un locus securitario y biopolítico que atribuye al Estado la preservación de la integridad del cuerpo-individual y del cuerpo-población, «prevenir un riesgo para uno mismo o para terceros». ¿Es justificable la violencia en nombre del cuidado? O mejor, ¿qué es lo que legitima el uso instrumental de la violencia y cómo frenar sus espirales?

Siguiendo a Judith Butler (2021), quien asienta su análisis de la violencia de Estado para el caso del racismo migratorio y policial en el reconocimiento de la articulación entre soberanía y biopolítica a través del cruce Benjamin-Fanon-Foucault —entre otros—, podemos entender el tropo que legitima el internamiento y tratamiento involuntario, como una «atribución táctica» de violencia, que se fundamenta en la construcción de la experiencia de la locura como una amenaza para el «nosotros», y del sujeto de la locura como un ser esencialmente violento. En esta línea, hemos evidenciado que la identificación entre locura y peligrosidad social es un artificio genealógicamente heredero del concepto de «monomanía homicida» en tanto nódulo discursivo que permitió a los primeros alienistas franceses conquistar las competencias que ostenta la psiquiatría en la justicia, cuyos efectos de saber-poder desembocaron en la constitución de la psiquiatría de la anormalidad y en las políticas degeneracionistas de defensa social.⁴⁸⁸ En palabras de Butler (2021, pp. 11-20), estaríamos ante un mecanismo de «inversión» de la relación de violencia asentado en el nodo discursivo de la «defensa propia», que es el que permite justificar la violencia de Estado como un *medio* para alcanzar el más loable fin de la «autopreservación».

No obstante, en el caso particular de la locura, a diferencia de los casos del racismo y de la guerra, el marco de producción de la alteridad encuentra especiales dificultades

⁴⁸⁸ Ver Capítulo I.

para ajustarse al esquema antagonista «nosotros/ellos». Los Estados interpelan en un mismo gesto («riesgo para sí mismo o para los demás») a la protección del «tu» (sujeto de la locura o la anormalidad) y del «nosotros» (resto de cuerpos ciudadanos del Estado). Esto se debe, como demostró Foucault (2001, 2007), a que la locura y la anormalidad no pueden ser enteramente externalizadas al otro en tanto grupo, y son constituidas como una *amenaza interna* que acecha la identidad de «lo humano» en tanto *especie*, particularmente en lo que respecta a los constructos de la razón y la voluntad.

Es desde este lugar que la CDPD se inscribe en un proyecto de democracia radical que apunta al reconocimiento de la multiplicidad de lo humano. La abolición del tratamiento e internamiento forzoso abre la posibilidad de imaginar y desplegar formas de apoyo y acompañamiento libres de violencia, desmedicalizadas, desjudicializadas y radicalmente democráticas para quienes atraviesan experiencias de sufrimiento intenso o de locura (Minkowitz, 2021a), lo que potencia su reconocimiento como constitutivas de lo humano.

En el plano ontológico de lo humano, el mandato de igualdad ante la ley impacta en la Razón instrumental (Cunha, 2017), locus sobre el que ha pivotado la legitimación de las diversas formas de exclusión y dominación en la modernidad colonial, patriarcal y capitalista. Así lo vienen mostrando, entre otras aproximaciones, la teoría decolonial mediante el concepto de la «colonialidad del ser» (Maldonado-Torres, 2007; Wynter, 2003) y las epistemologías del sur, a través del concepto de «línea abisal» (Santos, 2007) que ha sido puesto a funcionar, también, respecto a la construcción de lo humano en los derechos humanos (Santos y Martins, 2020). Estas aproximaciones coinciden en señalar que la producción histórica de categorías de infrahumanidad ha operado en el advenimiento de la modernidad occidentalocéntrica a partir de las atribuciones ontológicas de la «irracionalidad», de la «animalidad» y del «salvajismo», que se han mostrado capaces de inscribir a grupos humanos en el proyecto de apropiación y dominio de «la naturaleza», esa gran alteridad de la modernidad (andro)occidentalocéntrica de la que, sin embargo, somos parte. Como hemos visto a lo largo de esta tesis, la comunalidad radica en que la experiencia de lo que recae en el significante de la locura y la producción de la anormalidad ha compartido el hecho de ser constituida en la transición a la modernidad (andro)occidentalocéntrica como alteridad de lo humano a partir de su identificación con la «sinrazón», y con el mundo «salvaje» y acechante de la «animalidad» (Álvarez-Uriá, 1983; Robert Castel, 1980; Josep Maria Comelles, 1981; Foucault, 2015a).

En nuestro mundo contemporáneo la abolición del tratamiento e internamiento forzoso es capaz de poner freno a espirales ubicuas de violencia en las que están insertos cuerpos precarizados, sufrientes y divergentes. Los diagnósticos contemporáneos de «trastorno mental» suelen trasmutar la precarización y la exposición diferencialmente distribuida de los cuerpos a la violencia políticamente inducida, que imbrica con la matriz de poder moderna colonial, patriarcal y capitalista —intrínsecamente cuerdista, adultocéntrica y capacitista—, en «desequilibrios neuroquímicos» capaces de neutralizar lo político. La psiquiatrización, allí donde opera, captura cualquier fuente de sufrimiento y diferencia, mostrándose especialmente incisiva con los cuerpos que aún resisten atravesados por las marcas de lo subalterno, por los negativos constituyentes del sujeto privilegiado de la modernidad: personas racializadas en el espectro de lo no blanco, mujeres, cuerpos precarizados, criminalizados, con sexualidades e identidades de género no-binarias, trans, infantes, ancianas, diversas funcionales, y por supuesto, quienes —sea como fuere— desestabilizan los constructos de la razón y la capacidad mental, en cuyo eje de opresión naturalizado reside esta alquimia.

(IN)CONCLUSIÓN (Español)

*Una investigación... como toda obra de poesía y de pensamiento,
no puede concluirse, sino únicamente abandonarse.*

Giorgio Agamben

Ha llegado el momento de abandonar —aunque solo sea momentáneamente— esta investigación que en su integridad constituye un enunciado genealógico —algo extenso y sinuoso— sobre la configuración histórica de un mecanismo de dominación implicado en la producción de lo humano, de lo infrahumano y de los estatutos liminales y devaluados de humanidad, mecanismo que opera en la confluencia entre soberanía y biopoderes, y cuyo ejercicio impune de la violencia ha sido universalizado a través del régimen de los derechos humanos.

Dije que la pregunta que podría cristalizar en un gesto el conjunto de indagaciones que comprende esta genealogía —a condición de que la consideráramos como imperfecta y preñada de preguntas otras— podría formularse del siguiente modo: ¿Mediante qué mecanismos de dominación la «locura» ha sido exceptuada de «lo humano» y de los derechos humanos, y qué tipo de transformación irrumpe con esa reciente Convención de Naciones Unidas que llega bajo el régimen de la «discapacidad»?

Dicha pregunta contiene algunas constataciones —la locura ha sido exceptuada de lo humano y de los derechos humanos, y algo irrumpe con la CDPD— de las que se derivan, entre otros, un enfoque metodológico y epistemológico, y una meta a la que dirigirse. Estas constataciones se mostraron al comienzo como un sentir que requería ser descifrado. Tan sólo en el curso de la práctica genealógica, y ante los acontecimientos, empezaron a cristalizar en la pregunta y la aproximación que esta implica.

Así, la mirada genealógica ha enfocado lo que he llamado la producción de lo humano y entendido como un proceso diferencial que involucra regímenes de veridicción y prácticas de gobierno de las cuales participa el dispositivo psiquiátrico en tanto mecanismo de dominación, y cuya condición de posibilidad —o exterior constituyente— es la producción de lo menos humano, de lo infrahumano, y de los estatutos liminales y devaluados de humanidad. La particularidad que ha evidenciado el dispositivo psiquiátrico en su imbricación con la matriz de poder/dominación colonial, patriarcal y capitalista, que es intrínsecamente cuerdista y capacitista, reside en que éste participa

de forma central tanto del régimen de soberanía que instituye la comunidad política fundacional de la democracia moderna, como de los biopoderes de producción positiva de lo humano que operan negativamente sobre la producción de lo infrahumano.

Las cadenas de acontecimientos seleccionadas y analizadas en este trabajo han buscado así, hacer inteligible la mecánica de saber-poder del dispositivo psiquiátrico a través de un análisis de su punto de emergencia y de sus más relevantes desplazamientos, derivas y reconfiguraciones, abordando la articulación que establece entre soberanía y biopoderes (anatomopolítica y biopolítica), a través del entrecruzamiento de las perspectivas de Foucault y Agamben, y estudiándolo en imbricación con el dispositivo intergubernamental de salud y con el régimen de los derechos humanos, todo ello con la intención de aterrizar en un punto preciso: la transformación con que irrumpe la CDPD.

Esta aproximación empírica y teórica ha resultado en una caracterización del núcleo constitutivo del poder psiquiátrico como una forma particular de articulación entre soberanía y biopoderes que responde a la paradójica fórmula «*hacer morir — políticamente— y hacer vivir*»—, mostrando este último locus del «hacer vivir» dos puntos de intervención diferenciados e imbricados. Por el lado anatomopolítico, sitúa el mandato curativo sobre el cuerpo-individuo psiquiatrizado reducido a la impotencia de la nuda vida que implica la muerte política, mandato al que responde la psiquiatría en virtud de su inserción en la medicina, la cual le atribuye el deber hipocrático de garantizar la reproducción biológica de esa vida e intentar curarla. Por el lado biopolítico, el «hacer vivir» sitúa el locus mediante el cual la psiquiatría —y la salud mental— se ciernen y actúan sobre un cuerpo-colectivo para producir positivamente un tipo privilegiado, normativo y generizado de lo humano eficientemente ensamblado a un orden social, político y moral occidentalocéntrico que ha ido tomando diversas formas.

Dicho esto, lo primero que cabe indicar es que esta genealogía no solo ha contribuido a formar la pregunta-guía, sino que también ha respaldado ampliamente las constataciones que ésta contiene. Efectivamente, esta genealogía evidencia que la «locura» ha sido exceptuada de lo humano y de los derechos humanos a través de la imbricación del dispositivo psiquiátrico en el dispositivo intergubernamental de salud y en el régimen de los derechos humanos. Este proceso ha involucrado en primer término la consagración del derecho humano a la salud (mental), y posteriormente todo un conjunto de declaraciones y recomendaciones de Naciones Unidas en materia de derechos humanos «discapacidad» y «enfermedad mental», que han abarcado toda la segunda mitad del siglo XX.

La *exceptuación* no ha señalado para tales casos un mero olvido, un desarrollo lento en la aplicación de los derechos humanos universalmente reconocidos. Por el contrario, ha implicado el acto positivo de la inclusión-excluyente en el régimen de los derechos humanos de un conjunto de casos psiquiátricamente definidos (retraso mental; deficiencia/discapacidad mental; y enfermedad mental) cuyo efecto ha sido el de *suspender o anular*, para tales casos, el reconocimiento y la aplicación efectiva de las protecciones que confieren los derechos humanos.

Esta forma extrema de inscripción jurídica, que sólo incluye para fundamentar la exclusión, viniendo de los derechos humanos ha tenido el efecto de universalizar para los sujetos marcados por dichas categorías un «estado de excepción» que las desposee tanto de su existencia política como de su cualidad de seres humanos. O lo que es lo mismo, ha tenido el efecto de constituirles como «nudas vidas» en la esfera internacional sobre las cuales los Estados Nación pueden ejercer formas medicalizadas e impunes de violencia, que son legitimadas por una retórica paternalista y tutelar de protección que opera bajo el signo de la indistinción entre violencia y cuidado.

Efectivamente, comprobamos también que con la CDPD, por intermediación de la lucha democrática del movimiento de personas usuarias y supervivientes de la psiquiatría y su inclusión en la alianza discapacitada, irrumpe —desde el régimen mismo de los derechos humanos— una transformación radical en la estructura fundacional de la democracia moderna, y en el núcleo constitutivo del poder psiquiátrico que implica la abolición del estado de excepción que le dio nacimiento y, con ello, la pérdida formal de sus competencias de poder soberano en el aparato de justicia. La abolición de la incapacitación jurídica, la inimputabilidad penal y el tratamiento e internamiento forzoso que implica el reconocimiento de la capacidad jurídica universal y el derecho positivo y voluntario al apoyo, restituye el reconocimiento del conjunto de condiciones y formas de ser y estar en el mundo patologizadas por la psiquiatría como sujetos políticos del derecho humano, poniendo fin a la relación de indistinción entre violencia y cuidado bajo la cual se viene legitimando el acto de la dominación.

Dicha fórmula —«hacer morir y hacer vivir»—, si bien ha dado lugar a efectos de saber, subjetivación, poder y dominación diversos —llegando a transmutar la muerte política en la práctica sistemática del asesinato bajo el régimen nazi— no ha modificado su núcleo de confluencia entre soberanía y biopoderes, hasta la reciente inserción de las demandas políticas del movimiento de usuarias y supervivientes en la CDPD, las cuales todavía no se han hecho plenamente efectivas en ningún estado nación, y continúan siendo disputadas desde el régimen mismo de los derechos humanos.

A continuación, planteo un cierre de este trabajo en tres actos. El primero de ellos centra la reflexión en esa parte inicial de la pregunta de investigación que aborda *cómo* la «locura» ha sido *sacada a fuera* de lo humano y de los derechos humanos, es decir, en la parte previa a la irrupción de la CDPD —que es la que ha constituido el mayor despliegue del que se ha ocupado esta genealogía—, desarrollando sintéticamente algunos de los hallazgos en la imbricación del dispositivo psiquiátrico con la producción de lo humano y de lo infrahumano. El segundo acto aborda la otra parte de la pregunta, aquélla que tiene que ver con la *irrupción* de la CDPD, sintetizando también algunos de los hallazgos y añadiendo algunas reflexiones sobre el estado de la cuestión. Finalmente, el tercer acto retoma los hallazgos fundamentales de esta tesis y los pone a dialogar con la cuestión del derecho a la reparación de las víctimas y supervivientes de la violencia psiquiátrica.

Del poder psiquiátrico y la producción de lo (infra)humano

Los mecanismos de dominación mediante los cuales la «locura» ha sido exceptuada de lo humano y de los derechos humanos, que han evidenciado las series de acontecimientos imbricadas con el dispositivo psiquiátrico analizadas en esta tesis, han iluminado particularmente lo que podríamos denominar como cuatro *configuraciones paradigmáticas de producción de lo humano*: la que toma como eje central la «razón», y las que operan en torno a los núdulos de la «degeneración», la «plasticidad», y la «deficiencia/discapacidad».

Introduzco a estas alturas dicho concepto, al que en adelante me referiré como «paradigma de producción de lo humano» porque, ante la complejidad y extensión de esta genealogía, me sirve para ofrecer una perspectiva simplificada, parcial y panorámica de algunos de sus más relevantes hallazgos, que además tiene la ventaja de permitir presentarlos bajo otra luz, y con ello el potencial de enfocar algunas articulaciones que, si bien están claramente presentes en el desarrollo de los capítulos, no han sido recogidas de forma sistemática.

Entiendo dichos «paradigmas» como configuraciones ejemplares de redes heterogéneas de prácticas de veridicción y gobierno cuyo objetivo ha sido producir un tipo o modelo privilegiado de lo humano eficiente y funcional para un régimen económico, político y moral occidentalocéntrico, y cuyo subproducto ha sido la producción de lo menos humano, de lo infrahumano y de los estatutos liminales y devaluados de humanidad, y con ello, la institución y legitimación de determinadas relaciones de dominación y desigualdad, de las que las marcas genéricas de «locura»,

«sinrazón», «enfermedad-deficiencia-trastorno» *mental* han sido un caso específico y persistente, un leitmotiv del dispositivo psiquiátrico.

Como veremos, la emergencia de un nuevo paradigma y su eventual institución como dominante no ha operado bajo la lógica de la sustitución de los precedentes. Más bien los ha recubierto o complementado reconfigurando algunas de sus técnicas y mecanismos de saber-poder al interior de sí, otorgándoles nuevas funciones y esquemas de racionalidad, al tiempo que producía tecnologías de saber-poder propias: constituyendo en última instancia algo así como un nuevo estrato en la lógica de producción de lo humano y de lo infrahumano que se nutre de los anteriores, desplazando y envolviendo algunos de sus aspectos. Además, se hace preciso apuntalar que los paradigmas de producción de lo humano que voy a presentar a continuación no son los únicos, sino aquéllos con los que esta práctica genealógica se ha topado en el gesto que ha trazado sobre el cuerpo de la historia, y en los que además ha profundizado.

La razón como paradigma de producción de lo humano sitúa la característica esencial y definitoria de lo humano frente a lo animal no-humano, instituyendo la supremacía de lo humano, y con ello, las relaciones de cosificación, apropiación y dominio sobre la «naturaleza» que de ella se derivan. Esta distinción heredada de la Antigua Grecia, que identifica la razón con la esfera política y de gobierno, configura el punto nodal de legitimación de las relaciones interhumanas de apropiación y dominación de la modernidad. Desde la emergencia de la conquista y colonización de *Abya Yala* o «Nuevo Mundo» —como lo mostró la Controversia de Valladolid— hasta la ilustración y la emergencia de la democracia moderna como nueva institución de lo político, la dotación o desposesión —completa o parcial— de la razón constituyó el punto nodal sobre el que operó la legitimación de las relaciones de apropiación y dominio, cuya jerarquía dicotómica humano/animal-no-humano es fundacional y productiva de muchas otras; amo/esclavo, civilización/barbarie, metrópoli/colonia, blanco/negro, hombre/mujer, cuerdo/loco, cultura/naturaleza, mente/cuerpo, etc.

Vimos como la razón en tanto paradigma de producción de lo humano está íntimamente ligada a la soberanía de la ley, y con ello a las relaciones contractuales y a la producción del ciudadano «libre» e «igual» con capacidad efectiva de gobierno. Por ello precisamente la encontramos como atributo primigenio, esencial y distintivo de lo humano en la DUDH, sobre el que pivotan los valores de igualdad, libertad, dignidad y fraternidad. Además, la razón como paradigma de producción de lo humano dio lugar al modelo cartesiano de persona que afianzó la transición al capitalismo, estructurado en torno al binarismo mente/cuerpo que posibilitó la interiorización de la relación amo/esclavo en el seno del individuo, y dónde la supremacía de la razón se constituyó

en la sede de gobierno de un cuerpo inferiorizado, mecanizado y salvaje al que debe hacer dócil y sumiso a fin de perpetuar la disciplina de trabajo capitalista.

La razón como paradigma de producción de lo humano —y de lo infrahumano— está en la base de relaciones de poder que subyacen a la exceptuación de la «locura», tanto de lo humano como de la soberanía de la ley, que dieron lugar al nacimiento del dispositivo psiquiátrico —alienismo— en la Revolución Francesa. Una contingencia en la que la «locura» llevaba más de un siglo encerrada en los muros de los grandes centros de encierro, en la que ya estaba plenamente asimilada a la «sinrazón», a la «animalidad» y a la «incapacidad para el trabajo». El alienismo, y su institución especial, el Manicomio, nacieron entonces a partir de una inscripción jurídica, es decir, de la institución de la soberanía de la ley en plena «revolución democrática», cuyo objeto era el de derogar las órdenes del Rey —*lettres du cachet*— que vehiculaban el encierro de las multitudes que se habían quedado atrapadas entre el mandato de división sexual del trabajo y la condenación de la ociosidad en el Antiguo Régimen francés. A fin de perpetuar el encierro de la «locura» y esquivar el calificativo de arbitrariedad atribuido al Antiguo Régimen despótico, en dicha inscripción jurídica se le atribuyó un estatuto de «enfermedad», y se la confió a un «hospital especial» y a un cuerpo médico encargado de su «curación», que se irá definiendo como el alienismo.

A partir del cruce Foucault-Agamben, vimos como esta fórmula de poder fundacional, heredada del Antiguo Régimen francés y vestida de una retórica humanitaria, respondía a una paradójica articulación entre soberanía y biopoder disciplinario bajo la cual el «hacer morir —políticamente— y el hacer vivir —en tanto cuerpo biológico—», que guiaba las políticas tutelares de encierro bajo las *lettres de cachet*, se perpetuaba en una nueva racionalidad médica. Con ello nacía un «estado de excepción» tutelar, y su respectivo «campo» —el Manicomio—, que no proponía el ejercicio de una violencia impune, aunque tuviese el efecto de producirla. Pues, si bien desposeía a la persona de la existencia política y la reducía a la nuda vida del animal, tenía el deber hipocrático de no dañar esa vida, garantizar su reproductibilidad biológica e intentar «curarla» devolviéndola a la razón y la ciudadanía.

Además, en el plano de la soberanía y a partir de la querella entre alienistas y magistrados entorno a la «monomanía homicida», que redundó en la asimilación genérica locura-peligrosidad social, vimos como el dispositivo psiquiátrico conquistó la competencia de emitir juicio vinculante sobre la responsabilidad del sujeto en el presunto acto delictivo, y con ello el veredicto sobre la (in)imputabilidad penal y sus destinos posibles, el juicio y la potencial condena penal, o la ausencia de juicio y la

condena manicomial: de dicha querella nacieron las disciplinas de la medicina legal o psiquiatría forense.

Poco después, en 1838, la síntesis que la «monomanía homicida» estableció entre locura y peligrosidad social se hizo ley de asistencia produciendo una transformación capital en el dispositivo psiquiátrico, que lo transmutó en un órgano de defensa social contra toda suerte de amenazas al orden público y desórdenes familiares cotidianos. Su mecánica de funcionamiento, esto es, la necesidad de patologizar lo que de un bando y otro se quería expulsar al Manicomio, dio lugar en el plano del saber al nacimiento de la psiquiatría de la «anormalidad», con una infinidad de nuevos cuadros patológicos. Fue en este desplazamiento de la sinrazón a la anormalidad, que implicó distinguir la «imbecilidad» de la «enfermedad mental» —antaoño comprendidas en el nódulo del delirio— desde el que empezó a configurarse un nuevo paradigma de producción de lo humano en torno a *la amenaza biológica de «degeneración»*.

Rastreamos *la amenaza de degeneración* proyectada sobre lo humano hasta la historia natural del siglo XVIII como emergente del espacio colonial, en tanto forma de designar sobre los cuerpos de los colonos los efectos de factores ambientales —entre otros, del clima tórrido— efectos que podían producir «razas» o «individuos» degenerados, pero que no se transmitían a la descendencia. No obstante, en la Francia de mediados del siglo XIX, se produjo una transformación capital del sentido de la «degeneración», que la situó como un peligro biológico propagado a través de la reproducción y la herencia del cual la sociedad debía defenderse urgentemente para restituir la pureza de un tipo de lo humano superior, arcaico y original. Este paradigma de producción de lo humano emergió casi en simultáneo ensamblado a dos ejes de desigualdad y dominación que en un inicio aparecieron desconectados. Así, por un lado, De Gobineau empleaba la noción de degeneración para legitimar la desigualdad entre las razas, pueblos y civilizaciones, alertando de la decadencia de «toda civilización» debida a la degeneración de la «raza blanca», y más particularmente de su «familia aria», causada por los sucesivos cruces raciales que venían minando la superioridad de su sangre. Por el otro, Morel encapsulaba en el concepto de degeneración el desplazamiento psiquiátrico hacia la anormalidad y el determinismo biológico, empleándolo para designar un «desvío mórbido» físico, intelectual o moral —congénito u adquirido— del tipo original y normal de la «especie humana» que amenazaba con destruirla y degradarla, caracterizado por ser incurable y transmitirse hereditariamente a la descendencia, bajo formas altamente diversas y aleatorias, hasta producir la esterilidad de la estirpe.

En el plano psiquiátrico, la hegemonía de la teoría de la degeneración tuvo todo un conjunto de efectos de poder, saber y dominación que operaron sobre el desplazamiento de su mandato curativo «hacer vivir» del cuerpo-individuo (anatomopolítica) al cuerpo-especie (biopolítica), entre ellos: a) el determinismo biológico de la herencia propició la ansiada legitimación de la psiquiatría —u alienismo— como disciplina médica: b) además, ésta se liberó del mandato de curar al cuerpo-individuo, perpetuando al tiempo los Manicomios como mecanismo de defensa social contra la degeneración, esto es, como depósito de cuerpos considerados incurables o ineducables; c) dicho giro garantizó también la inserción del poder psiquiátrico en los mecanismos de la sexualidad, de la reproducción biológica y de un amplio abanico de influencias del medio, abriendo para la misma un infinito campo de intervenciones higiénicas a conducir sobre las «masas sociales»; d) estas intervenciones redundaron, entre otros, en cazas de degenerados y degeneradas fundamentadas en la identificación y sistematización de «estigmas» — físicos, intelectuales o morales— en los individuos y de la inspección de los cuadros de degeneración en los árboles genealógicos familiares.

Además, a partir de la tercera mitad del siglo XIX, el paradigma defensivo de la degeneración sirvió para legitimar la persecución de todo tipo de movimientos y sujetos sociales, anarquismo, comunismo, sufragismo, defensa de los animales, prostitución, alcoholismo, sífilis, etc. al tiempo que esculpía los perfiles del tipo normal y privilegiado de humanidad. Sus características —como era de esperar— se estabilizaron en la blanquitud, la masculinidad y la adultez. Desde la emergencia del darwinismo social, la teoría psiquiátrica de la degeneración había empezado a ser desacralizada e imbricar con la corriente degeneracionista y racista de la antropología física, incorporando nociones tales como «salvajismo», «civilización» y «barbarie». De esta confluencia fue parte la eugenesia como política de defensa contra la degeneración que desplazó el concepto de «especie humana» —en el que Morel apoyó su pseudociencia— en favor del ambivalente proyecto de «mejorar la raza humana». Como pudimos evidenciar ambas corrientes degeneracionistas —psiquiátrica y antropológica— acabaron plenamente fusionadas en el programa de exterminio que puso en marcha el III Reich, régimen reconocido como aquel en el cual el derecho soberano de matar y el mandato biopolítico de hacer vivir quedaron fusionados en su expresión más paroxística. Dónde el «hacer morir» a unos — los individuos y las razas degeneradas— constituyó el gesto mediante el cual «hacer vivir» al cuerpo-raza-nación del *Volk*.

Además, constatamos que el dispositivo psiquiátrico tuvo un rol protagónico en tal desenlace tanatopolítico, tanto en lo que respecta a algunos de sus más importantes antecedentes como en lo que respecta al punto de surgimiento del primer exterminio

nazi, el programa de eutanasia forzosa. Entre dichos antecedentes y despliegues destacan: a) en la primera década del siglo XX el vínculo entre individuos y razas degeneradas que difundió Kraepelin —señalando específicamente al pueblo judío— y su reivindicación de abandonar a la muerte a los individuos «degenerados» que dependían de la asistencia pública como mecanismo de «auto-purificación» de la raza; b) poco después, a inicios de los años 20, la reivindicación en la Alemania de entreguerras del derecho de Estado a destruir, particularmente, a las «vidas sin valor» que habitaban los Manicomios, formulada por Binding y Hoche desde el ensamblaje entre la justicia y la psiquiatría; c) con el ascenso del nazismo al poder, el rol protagónico de Rüdin —sucesor de Kraepelin— en el liderazgo de la comunidad médica que contribuyó a formular y a implementar las políticas de *Rassenhygiene* del III Reich, y que lideró el primer exterminio masivo, el programa de eutanasia; d) dicho programa redundó en la constitución de los Manicomios en los primeros centros de exterminio masivo para los cuales se inventó la cámara de gas, tecnología de muerte posteriormente trasplantada a los campos de concentración para intentar exterminar con ella a pueblos enteros.

Dijimos que, en el despliegue nazi, el «hacer morir» —políticamente— que constituye el núcleo parcial de la práctica psiquiátrica llegó al asesinato en la medida en que —con las nociones de incurabilidad, heredabilidad y peligro biológico— ésta había desplazado su mandato «curativo» (hacer vivir) al cuerpo-raza-nación, para el cual los «enfermos incurables» constituían el enemigo a erradicar. El Manicomio transmutó así en el primer «campo» de exterminio porque el estado de excepción ya era allí la regla. Porque allí ya estaban concentrados cuerpos desposeídos de existencia política y reducidos a la mera vida biológica, mientras que para poder exterminar a las «razas degeneradas» que poblaban el «espacio vital» del *Volk* —principalmente, pero no sólo, el pueblo judío y gitano— el nazismo tuvo primero que instituir la desigualdad legal capaz de desposeerlas de existencia política y apresarlas en los campos de concentración. El III Reich fusionó así soberanía y biopolítica, dando lugar a una tanatopolítica, en un proyecto absolutamente racista, sexista, cuerdista, heterosexista y capacitista de producción biológica del «Hombre Superior» tipo original y puro de la «raza aria». Además, marcó la línea de fuga que llevaba inscrita el degeneracionismo como paradigma defensivo y biológico de producción de lo humano que estaba siendo genéricamente desplegado, tanto en estados democráticos como totalitarios, a través de la eugenesia y sus variantes.

La *mental hygiene*, que fue de la que vimos surgir y configurarse progresivamente el *paradigma de la plasticidad*, nació plenamente inserta en el paradigma de la degeneración, del que eugenesia e higiene racial eran algunas de sus otras expresiones en aquél naciente siglo XX. Todas ellas, eugenesia, higiene racial e higiene mental,

incluso también la higiene social francesa, confluían en la corriente de la *salud pública preventiva*, cuyo proyecto fundamental consistía en fabricar sistemáticamente una ciudadanía apta capaz de incrementar la «eficiencia» y el vigor del cuerpo-raza-nación, en la lucha imperialista que enfrentaba a las naciones por la apropiación de los recursos naturales y por la industrialización de la fuerza de trabajo.

Contra el primer impulso de Beers, consistente en acabar con el abuso físico, la tortura y los asesinatos impunes en los Manicomios, Meyer lo persuadió de cambiar el punto de ataque y salir a prevenir los trastornos o «enfermedades mentales» que —con ciertas dudas— asumía como potencialmente «incurables» una vez desatados. La plasticidad se mostró en el punto de surgimiento de la higiene mental muy implícitamente, como el proyecto preventivo de enseñar a las gentes a vivir «correctamente», esto es a dominar su «actividad mental» y desarrollar «hábitos» saludables capaces de garantizar su «ajuste» eficiente a las demandas ambientales que imponía el «orden social existente»; donde la respuesta adaptativa del individuo como un todo al orden social del capitalismo salvaje, definía la salud mental.

No obstante, esta naciente innovación asentada en la «psicobiología» meyeriana, que supuso el desplazamiento en el locus preventivo de la «protección» a la «promoción» de la salud (mental), quedó complementada por el movimiento de higiene mental con la implantación de toda suerte de técnicas eugenésicas —incluidas el encierro permanente, la prohibición de determinados matrimonios, la esterilización forzosa o educación en la no-reproducción y la deportación de los cuerpos migrantes catalogados como «defectuosos» que aspiraban a entrar en los EEUU— precisamente porque ambas confluían en un mismo proyecto de producción de un cuerpo nacional y racial, vigoroso y saludable, compuesto por individuos eficientemente ajustados al orden social y *por ello* exitosos y felices.

Tras la I Guerra Mundial, en los años 20, pudimos identificar dos mutaciones importantes en la mecánica de saber-poder de la higiene mental que ahondaron en el paradigma de la plasticidad en imbricación con *el concepto de personalidad*. Por un lado, tras la aplicación masiva del *test de inteligencia* que transmutó a todo un conjunto de sujetos sociales que antes pasaban por «normales» en nuevos defectuosos mentales (*feeble-minded*), la cruzada contra el defecto mental —dónde el sexismo, el racismo y el clasismo se fundían en un mismo gesto capacitista— empezó a suplementar las técnicas eugenésicas que la habían guiado con un innovador proyecto que prometía el rescate y uso provechoso de gran parte del «material humano defectuoso». Éste constató que la inteligencia era, al fin y al cabo, tan sólo uno de los rasgos de la «personalidad», entendida ésta como toda la constitución del individuo y en tanto suma de sus

equipamientos para la adaptación. Así, en esta línea de ataque, las políticas eugenésicas defensivas de «encierro permanente» quedaron complementadas con la «libertad condicional» vigilada en un proyecto de rehabilitación, entrenamiento y formación temprana —infantil y adolescente— orientado a transmutar a algunos de los sujetos marcados por el «defecto mental» en fuerza de trabajo manual barata entrenada en la obediencia y la moral, además de agradecida y feliz de no estar condenada a una vida entera de encierro institucional.

Por otro lado, el movimiento de higiene mental en genérico, partiendo de un *eclecticismo epistemológico y técnico* donde el psicoanálisis, el conductismo y la psicobiología confluían en enfatizar la plasticidad vs la herencia y señalar como punto clave de intervención en la producción de lo humano el «desarrollo de la personalidad», declaraba la infancia en general como su punto de intervención privilegiado, y empezaba a desarrollar una biopolítica de las prácticas pedagógicas y de crianza que la llevó a insertarse de manera central en la familia —especialmente en la relación materno-filial— y en la escuela. Con la emergencia del *child guidance movement* ya no se trataba tanto —que también— de enfocarse en controlar la producción biológica del «material humano», esto es, de una intervención centrada en el *nature*, sino de adoptar un punto de ataque en la producción de lo humano a mayor escala que abarcara todo el «material humano que viene dado» a partir de la intervención sobre el *nurture* del desarrollo infantil, como locus privilegiado de formación y modulación de individuos ajustados, eficientes y felices.

La clave del paradigma de la plasticidad no es su incompatibilidad con la eugenesia, sino la complementariedad que introdujo respecto a la misma, al abarcar un campo mucho mayor de «material humano» y dedicarse sistemáticamente a la intervención en el *nurture*. En la práctica, este giro abrió todo un nuevo campo de intervención y saber centrado en la detección y corrección precoz de todo tipo de desajustes al orden social dominante, fundamentado en la patologización tanto de los desvíos infantiles respecto a un modelo occidentalocéntrico y generizado de desarrollo humano, como de los afectos y prácticas de crianza consideradas como un monopolio de las mujeres, que implicó constituir a las madres como objetos privilegiados de intervención y de responsabilización de los desajustes y trastornos mentales tipificados en sus descendientes.

No obstante, toda esta avanzadilla sobre la infancia amparada por el reconocimiento de la plasticidad de la personalidad, que fue de la mano de un inmenso despliegue de terapias para adultos «normales», no hizo más que ratificar y perpetuar la dimensión de poder soberano del dispositivo psiquiátrico. Al término de la II Guerra Mundial como lo

mostró la situación de los Manicomios estatales estadounidenses, éstos fueron denunciados y comparados acertadamente con los campos de concentración nazis, como espacios geográficamente delimitados donde reinaba la desposesión de la nuda vida y la exposición a la violencia impune: torturas, palizas, desnudez de los cuerpos, hacinamiento, hambruna, trabajos forzosos y asesinatos a manos de los cuidadores. La solución que se prefiguró, medicalizarlos incorporando masivamente —entre otros— las modernas «curas somáticas», entre ellas, la lobotomía, el electrochoque y el choque insulínico contra la voluntad de internos e internas, fue la pesadilla más brutal contra la cual vimos alzarse a los primeros movimientos de expacientes y expresas psiquiátricas de inicios de los años 70, en pleno giro hacia la desinstitucionalización y salud mental comunitaria, tanto en Norteamérica como en Europa.

Además, a través de diversos intentos por alcanzar una «ciencia unificada sobre el hombre», iniciados en los nacientes años 30, el paradigma de la plasticidad acabó por constituirse en el centro neurálgico en torno al cual opere la naciente interdisciplinariedad entre las ciencias humanas y sociales tecnocráticas anglosajonas, dando lugar a proyectos de «ingeniería humana» o «ingeniería social» que complementen los aportes de la higiene mental con los de la sociología funcionalista, la psicología social y la antropología cultural. Su primer triunfo destacado, la hipótesis universalista de la frustración-agresión nacida del análisis de la rabieta infantil, prometía explicar y solucionar todo tipo de antagonismos sociales e interpersonales: huelgas, suicidios, prejuicios raciales, celos entre hermanos, linchamientos, peleas callejeras, palizas a las esposas, y hasta la guerra misma.

Fue de este paradigma transdisciplinar de la plasticidad de la «naturaleza humana», en su imbricación con la racionalidad eugenésica, del que vimos nacer tras la II Guerra Mundial y de la mano de Chisholm, el proyecto interdisciplinar de *producción de un ciudadano mundial* —no en su sentido político sino en el de su «humanidad común». Proyecto mediante el cual la «salud mental» entró por primera vez al espacio de lo intergubernamental gracias al triunfo cosechado en la Constitución de la OMS. Particularmente importante fue la consagración del «derecho humano», no a la asistencia médica en caso de enfermedad o a la protección contra las enfermedades, sino a la «salud» (física y mental) positivamente definida como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Este «derecho humano», en virtud del supremacismo que —como demostré— le es propio, y que asienta en las nociones de *fitness*, *eficiencia* y *optimización del ajuste* del individuo al ambiente político, social y moral que viene dado,

se ha mostrado en contradicción con el derecho humano más fundamental, el derecho a la igualdad ante la ley y la no discriminación.

El proyecto de producción de una «ciudadanía mundial» plenamente pacificada, eficiente, trabajadora, autocontrolada, democrática e internacionalista, flexible y adaptable al cambio que traería inevitablemente el progreso, partía de la idea de que la «naturaleza humana» es plástica y de que la semilla de la guerra en última instancia yace en el individuo, en su mala salud mental, en sus neurosis cosechadas por una mala «ingeniería social» de la personalidad. La esperanza que este proyecto portaba consigo, aunque enfocada en la infancia y la adolescencia, reivindicaba las oportunidades para modelar las personalidades en todas y cada una de las «etapas del desarrollo humano» profundamente occidentalocéntricas que pregonaba. Había que inocular los principios de la salud mental en todas y cada una de las instituciones para la salud, la educación y el bienestar de las personas. En todos y cada uno de los Estados del planeta había también, y en contraparte, que implantar las instituciones totales para la segregación de los «locos» y «defectuosos mentales», además de servicios materno-infantiles, servicios de detección y corrección precoz de todo tipo de trastornos y desajustes mentales, tanto infantiles como adultos. Había también que penetrar las fábricas, los grupos juveniles, los círculos diplomáticos, todo ello para civilizar lo primitivo, producir individuos autocontrolados capaces de canalizar la frustración-agresión en pro de la «harmonía de las relaciones humanas», destinada a borrar todo antagonismo social.

En última instancia la «ingeniería biopsicosocial» de la paz y la plasticidad humana, tomando al cuerpo-mundial como paciente, sobre el cual el nódulo de lo normal y patológico establece el juicio de valor de lo bueno y lo malo, de la paz y la guerra, operó bajo el supuesto de que, solo liberando a la humanidad de sus neurosis, trastornos y desajustes mentales, sería posible prevenir una III Guerra Mundial capaz de acabar con la vida humana en la tierra. Individualización y patologización, por tanto, de las causas de la guerra y del horror y destrucción alcanzados a través de la reactivación de la artificiosa síntesis locura-peligrosidad social. Responsabilización implícita de las dos grandes guerras precedentes a quienes, desde la impotencia del encierro manicomial habían sido víctimas privilegiadas de experimentación con nuevas tecnologías de la muerte, víctimas de exterminio sistemático, de hambruna deliberada, de torturas y palizas, «carne fresca» incluso —como vimos en el contexto de extrema hambruna y Guerra Civil Rusa— lista para ser entregada a caníbales y carroñeros.

Abordamos *el paradigma de la deficiencia/discapacidad* a través de su entrada en las declaraciones y recomendaciones de Naciones Unidas, atestiguando que constituía una reconfiguración de los anteriores en la matriz desarrollista del Estado del Bienestar,

que implicaba el crecimiento ilimitado del sector industrial, el pleno aprovechamiento de los recursos humanos, y por ende la participación de todos los miembros de la sociedad en el trabajo productivo. Fue precisamente la exigencia del «pleno empleo» la que inauguró el interés de Naciones Unidas por los cuerpos considerados «deficientes» que habían quedado comprendidos —como aquello que no podía ser absorbido— entre el mandato de trabajo y la condenación de la ociosidad, en tanto «inválidos» e «incapaces» de engranarse a los mecanismos de la (re)producción social y del desarrollo industrial. A diferencia del paradigma de la degeneración —que se había orientado a extinguirles de la faz de la tierra— la matriz del Estado de Bienestar había reservado, como complemento a determinadas prácticas eugenésicas «preventivas», los «seguros sociales» por «invalidez» o «incapacidad» para el trabajo: régimen del que nace la categoría administrativa de gobierno de la discapacidad, reuniendo de nuevo a gran parte de la familia de los «anormales» constitutiva del paradigma de la degeneración.

El pleno empleo implicó que había que hacer de los sujetos marcados por la «invalidez» miembros útiles y productivos de la sociedad, a través de la rehabilitación y la normalización. Había que integrar a los cuerpos socialmente codificados como «inválidos» e «incapaces» para el trabajo, en el trabajo mismo, por medio de la optimización de sus aptitudes. Lo biopolítico se cierne entonces sobre los cuerpos que ha expulsado como desechos defectuosos, tomando como primer sujeto de ensayo al «retrasado mental», tan ampliamente expandido por la generalización del test de inteligencia, y ya prácticamente desprovisto de la amenaza de degeneración y peligro social que lo había transmutado en un criminal nato. No obstante, el programa de rehabilitación, normalización y maximización de las aptitudes de los sujetos marcados por el «retraso mental» fue de la mano de la inserción de un estado de excepción a los derechos humanos universales. En caso de que su funcionamiento y ajuste social, no fuese satisfactorio, podían «limitarse» o incluso «suprimirse» todos sus derechos humanos vía incapacitación jurídica, inimputabilidad penal, y encierro y tratamiento médico forzoso. Al fin y al cabo, estamos ante una nueva reconfiguración de la «libertad condicionada» al ajuste social que medio siglo antes había descubierto la higiene mental.

Poco después, vimos a las Naciones Unidas, desde este mismo ánimo de aprovechamiento y optimización de las aptitudes de la gran variedad de los sujetos impedidos o discapacitados por diversas causas, y caracterizados como incapaces de la fantasía de autosuficiencia y del ajuste a la vida social normal, estructurar sus «deficiencias» en base al binarismo cartesiano en facultades físicas o mentales. Gesto que generalizó el estado de excepción previsto para el «retraso mental» a la categoría de «deficiencia/discapacidad mental», reunificando en torno a esta categoría la antigua

distinción alienista entre «imbecilidad» y «enfermedad mental», y circunscribiendo el estado de excepción a los derechos humanos, al campo de la «sinrazón» del que había nacido junto con el dispositivo psiquiátrico. Hecho que en los años 90 los Principios para la Protección del Enfermo Mental y el Mejoramiento de la Salud Mental (PPEMSM), no hicieron más que ratificar. Eso sí, olvidando por completo el locus de optimización de las aptitudes para el caso de la «enfermedad mental» y centrándose específicamente en engrosar las garantías judiciales ilusorias bajo las cuales la incapacitación, el internamiento y tratamiento forzoso y la inimputabilidad penal se hacen posibles.

En última instancia el paradigma de la deficiencia/discapacidad, sobre la base de un tipo normativo y óptimo de lo humano naturalizado por la biomedicina en términos de estructuras, funciones psicológicas, conductuales, sensoriales y corporales, apariencias, capacidades e incluso roles sociales, respecto al cual el sujeto deficiente/discapacitado es constituido como una copia defectuosa o incompleta, aúna elementos de los tres paradigmas anteriores. Por ejemplo a) del paradigma de la razón reinstituye el binarismo cartesiano y su abismo soberano; b) del paradigma de la degeneración toma su base operativa sobre la desviación de la norma u «anormalidad», la distinción entre lo congénito y lo adquirido, y el amplio conjunto de técnicas eugenésicas preventivas destinadas —entre otros— a impedir que nazcan sujetos «deficientes», y; c) del paradigma de la plasticidad integra el modelo interactivo de ajuste o adaptación individuo-ambiente, y la rehabilitación y optimización de las aptitudes que arraiga en la noción positiva de salud, también imbricada con el paradigma de la degeneración.

No obstante, y por poner algunos ejemplos, éste habrá expulsado a la «raza» como baremo de desigualdad constituyente y explícito, que conformó los paradigmas de la razón y de la degeneración, digo explícito pues la «deficiencia» en tanto efecto políticamente inducido por la exposición diferencial de los cuerpos a la precariedad y a la violencia imbrica con la raza, el sexo y la clase social. De forma mucho más tardía expulsó a la homosexualidad y al lesbianismo —implicadas tanto en el paradigma de la degeneración como en el de la plasticidad— que han sido liberadas de su destino como «deficiencias» de la «función heterosexual» y discapacidades del «rol marital».

Quisiera ahora plantear algunas reflexiones sobre lo que he denominado *el abismo soberano* que separa la deficiencia mental de la física o corpórea y que pivota sobre el paradigma de la razón. Pues ello, contribuirá por un lado a profundizar en la comprensión del dispositivo psiquiátrico y su lógica diferencial de producción de lo humano, y por el otro a visibilizar formas de producción de la nuda vida que no pasan explícitamente por el mecanismo de soberanía. En el caso del poder psiquiátrico, en virtud de su núcleo de confluencia entre soberanía y biopoder, el «estado de excepción»

—y la nuda vida que éste produce y tiende a concentrar en un espacio geográficamente delimitado, esto es, en el Manicomio o la institución psiquiátrica como «campo»— ha correspondido al derecho, lo que el «exterior constitutivo de lo humano» ha correspondido a la producción positiva de un tipo privilegiado y funcional de «lo humano» sobre la base de un cuerpo-colectivo. Ambos conceptos remiten a lo que delimita el hecho de la pertenencia y pivotan sobre la lógica exclusión-inclusión, estableciendo lo que es sacado a fuera de lo que emerge como unitario —la comunidad política, lo humano— cómo aquello mediante lo cual dicha unidad se constituye y positiviza.

Esta correspondencia está implícita en el enfoque agambemiano, dónde la desposesión de lo político —o la reducción a la vida meramente biológica del animal— es la desposesión de lo plenamente humano, como también mostró Arendt. No obstante, ha quedado especialmente evidenciada en esta tesis porque el análisis ha tendido a gravitar entorno a la «comunidad política de lo humano» por excelencia, esto es, en torno al dominio de la ley internacional que instituyen los «derechos humanos», y porque la correspondencia entre «estado jurídico de excepción» y «exterior constitutivo de lo humano» es, además, una característica definitoria del poder psiquiátrico. Éste sólo ha podido producir un tipo privilegiado y funcional de lo humano, a través de sus negativos constituyentes, esto es, a través de la delimitación de los estatutos patológicos en el orden de lo mental que lo *positivizan*, los cuales constituyen en su extremo las marcas de entrada al estado jurídico de excepción y a la «nuda vida» sobre la cual se hace posible el ejercicio de la violencia impune en nombre del cuidado.

Si bien la desposesión soberana —jurídica— de la existencia política y la consecuente reducción a la nuda vida del animal conduce necesariamente a la desposesión de lo plenamente humano, dicha relación —como lo muestra el caso de la discapacidad física— no siempre opera a la inversa. Esto es, la desposesión de lo plenamente humano no siempre conduce a la reducción jurídica —o soberana— a la nuda vida. En última instancia lo que media este camino está delimitado por la topografía de la desposesión misma, esto es, por el atributo del que es desposeído ese cuerpo en relación con la «norma» u «esencia» de lo humano, dónde la desposesión de la razón es la que marca la desposesión soberana de la capacidad de autogobierno, y con ello, la reducción *jurídica* a la nuda vida.

Sin embargo, ello no quiere decir que las personas discapacitadas físicas no puedan verse, y de hecho a menudo se vean, arrojadas a estados liminales de existencia mucho más próximos a la vida nuda del animal que a la vida políticamente calificada, aunque por ley su sujeto de derecho permanezca intacto. La reducción a la nuda vida puede

hacerse operativa, en tales casos a través de las infraestructuras sociales y normativas del *medio* —arquitectónicas, comunicativas, sensoriales, etc.— que impiden *en ejercicio* la existencia política. A esta materialidad el medio hay que sumarle los procesos médicos y de hospitalización que en la práctica tienden a reducir las existencias discapacitadas al cuerpo-meramente-biológico sobre el que intervienen de manera rutinaria, a menudo desconsiderando a la persona como sujeto agente de sus propios cuidados.⁴⁸⁹

De la irrupción de la CDPD

Esta genealogía también ha abordado, desde una perspectiva parcial, las *procedencias* y el *proceso constituyente de la CDPD*. En esta línea el análisis ha tomado como eje articulador las declaraciones y recomendaciones de Naciones Unidas en materia de derechos humanos, «discapacidad» y «enfermedad mental», y ha hecho gravitar en torno a dicho eje acontecimientos clave de emergencia, desplazamientos y derivas, por un lado, del movimiento genérico de la discapacidad —nacido desde la posición de la «deficiencia física»— y por el otro, de los movimientos sociales autogestionados por personas psiquiatrizadas. Dicho enfoque ha permitido dar cuenta, tanto de la constitución histórica diferencial de dichos movimientos —en términos de identidad política, demandas de derechos humanos, epistemologías de lucha, utopías movilizadoras etc.— así como de algunas de las tensiones, encuentros y superposiciones entre ellos, hasta su confluencia y alianza, con otros grupos de la discapacidad en el proceso constituyente de la CDPD.

Se ha hecho evidente que tanto el movimiento genérico de la discapacidad como los movimientos de personas psiquiatrizadas coincidían desde su punto de inicio en oponerse a un sistema medicalizado y paternalista de opresión que cursaba con formas de segregación, rechazar la institucionalización, reivindicar el saber nacido de la propia experiencia y su derecho de autodeterminación, así como en organizarse en torno al principio de la autogestión y el apoyo mutuo, y en el hecho de haber hecho pivotar sus luchas en torno al reconocimiento de los derechos humanos. Ambos buscaron desplazar

⁴⁸⁹ Esta reflexión se ha nutrido, como en general mucho de mi trabajo sobre la discapacidad física, del frecuente intercambio intelectual y afectivo con Laura Sanmiquel Molinero, amiga que vive de forma encarnada la producción del sujeto discapacitado físico y se dedica a generar conocimiento sobre el mismo a través del concepto clave de liminalidad (García-Santesmases y Sanmiquel-Molinero, 2022). Con ella he compartido en gran medida la reflexión en torno a la producción de lo humano y los estados liminales y desposeídos de humanidad. Nuestras conversaciones nos están permitiendo ahondar en la comprensión en el dividendo cartesiano mente/cuerpo-máquina que media a la producción del individuo moderno, y que permanece en gran medida inexplorado en los estudios críticos de la discapacidad, a su vez hegemónicamente configurados en torno al mismo.

los valores de igualdad, libertad y dignidad, consagrados en la Declaración Universal a sus respectivos dominios, la diferencia física y la diferencia mental y conductual con respecto a un mismo modelo occidentalocéntrico y normativo de lo humano naturalizado por la biomedicina. No obstante, los efectos de poder, saber, dominación y subjetivación, que de dicho modelo se derivaban y contra los cuales luchaban, se estructuraban diferencialmente en torno al binarismo cartesiano: entre lo *físico*, esto es, el cuerpo-máquina, y lo *mental*, la sede de la razón —de la psique, del alma— encargada de disciplinarlo y gobernarlo, binarismo sobre el cual la medicina naturalizó el cuerpo-biomédico paradigmático de la deficiencia-discapacidad.

Dados los efectos de poder, dominación y subjetivación diferenciales que enfrentaban, las identidades colectivas, demandas políticas, utopías movilizadoras, y epistemologías de lucha de estos dos movimientos sociales se mostraron no solo diferenciales, sino también eventualmente en tensión y contradicción. A grandes rasgos vimos como contra el modelo interactivo de adaptación individuo-ambiente de la deficiencia/discapacidad, el movimiento genérico de personas discapacitadas, que tuvo muy buen encaje desde el inicio con Naciones Unidas —coincidiendo entre otros, en *la primacía del principio de acceso*, en el deseo de integración y participación plena en las distintas esferas de la vida social normal, incluida la reivindicación central del derecho al empleo—, invirtió la lógica lanzando el modelo social de la discapacidad, asentado en el reconocimiento de una deficiencia naturalizada. Es la sociedad y sus infraestructuras arquitectónicas, sensoriales y comunicativas la que debe adaptarse o ajustarse a las personas con deficiencias y no las personas con deficiencias las que deben ajustarse a la sociedad. En última instancia *la sociedad discapacita a las personas con deficiencias*, y la eliminación de todas las barreras sociales que impiden la participación social plena de las personas con deficiencias es la utopía que señala la potencial eliminación de la discapacidad y de su aspecto de pobreza.

Contra la primacía de la demanda de *acceso a una vida social normal*, las persona psiquiatrizadas, expacientes y expresas de la psiquiatría que se enfrentaban, no a la segregación y anulación de la existencia social y política anclada en las infraestructuras normativas del medio, sino a un sistema de segregación y violencia consagrado en la soberanía de la ley, y en la muerte del sujeto de derecho, portaban esencialmente demandas fundamentadas en un *principio de abolición*: del internamiento y tratamiento forzoso, de los Manicomios, de la incapacitación jurídica, de la inimputabilidad penal y en su versión inicial y posteriormente más radical, la abolición de la psiquiatría misma. Ésta fue precisamente la utopía movilizadora que encontramos en los inicios estadounidenses y británicos, utopía asentada en una epistemología

marxista y en la condenación de la psiquiatría como un Dios omnisciente al servicio del capitalismo. Primacía, del principio de abolición, complementada con toda una serie de alternativas al sistema psiquiátrico y de salud mental para navegar los estados de locura o sufrimiento psíquico extremos, libres de coerción y de violencia y fundamentados en la autogestión y el apoyo mutuo.

Notablemente, la reivindicación del derecho al empleo, que era central para el movimiento genérico de la discapacidad, y en torno a la cual surgió desde el campo estadounidense la primera formulación de un derecho a la no discriminación por motivos de discapacidad (*Rehabilitation Act* del 1973), estuvo ausente de los primeros movimientos de expacientes y expresas de la psiquiatría. De hecho, el empleo era parte del problema, ya fuese por las dinámicas de explotación que inducían la precarización y el sufrimiento extremos, o porque el empleo identificaba los trabajos forzosos impuestos en las instituciones manicomiales.

En esta línea, la epistemología de lucha de los movimientos de personas psiquiatrizadas se caracterizó desde los inicios —a diferencia de la del movimiento genérico de la discapacidad— por el rechazo absoluto de cualquier determinismo biológico y el énfasis en los factores políticos y sociales en las causas de los estados de locura o sufrimiento psíquico extremo, conscientes de que la psiquiatría no había podido —ni siquiera hoy— naturalizar en biomarcadores las «enfermedades» y «trastornos mentales» que atribuía y bajo los cuales se hacía posible el ejercicio de la dominación. Rechazo, por ende, también rotundo de la categoría de «enfermedad mental», y por extensión de las categorías de «deficiencia» y «discapacidad» mental, que eran asimiladas a los efectos a menudo irreversibles de las intervenciones forzosas —electrochoque, neurolépticos, lobotomía, etc.— contra las cuales luchaban. Dicho rechazo no hizo más que consolidarse ante el auge del determinismo biológico en psiquiatría a partir de la publicación del DSM-III en 1980, base sobre la cual se ha constituido el contemporáneo ensamblaje productivo entre la psiquiatría biomédica y el neoliberalismo farmacéutico en el mercado público-privado de la salud mental, ensamblaje que ha quedado señalado, pero poco explorado en esta tesis.

Otra de las diferencias entre estos dos movimientos sociales fue el impacto diferencial que tuvo el *consumismo*, tan ligado al emergente despliegue del neoliberalismo. El movimiento genérico de la discapacidad, especialmente el norteamericano, se apoyó desde los inicios en el mismo para asentar su derecho de autodeterminación en el campo de la rehabilitación y de la vida independiente, reivindicando la soberanía u elección del consumidor, de la consumidora. Por el contrario, para la mayoría de las expacientes y expresas veteranas, la irrupción del consumismo en su movimiento a mediados de los

80 promovida por las agencias de salud mental, supuso una cooptación y despolitización de sus demandas que dio lugar a toda una nueva ola de activistas que, contra las alternativas autogestionadas, reivindicaban más servicios de salud mental, a menudo aceptando el modelo médico y sin abrazar las demandas políticas de abolición. En respuesta a esta irrupción de *consumers of mental health* vimos surgir la identidad política de supervivientes de la psiquiatría.

No obstante, esas mismas veteranas que se consideraban supervivientes, entre ellas Judi Chamberlin, también supieron aprovechar los nuevos altavoces y formas de financiamiento que ofrecían las agencias de salud mental a los *consumers* para crear redes internacionales, lugares de encuentro y proyectos propios en los que ambas corrientes entraron en relación. Ya hacia finales de los años 90, tras intensos debates y disputas internas, ambas corrientes hacían un frente común internacional asentado en las identidades políticas de usuarias, exusuarias y supervivientes de la psiquiatría, frente desde el que crearon la agenda de lucha con la cual llegaron a la CDPD.

A grandes rasgos, esa agenda de lucha, a partir de la incorporación del principio de elección —del consumidor, de la consumidora— y del consiguiente consentimiento informado para el tratamiento, tendió a pivotar sobre la autodeterminación de cada quién respecto al *uso* o el *rechazo* de los servicios de salud mental, recogiendo las demandas históricas de abolición de la desigualdad legal, incluido el tratamiento e internamiento forzoso, pero implicando el abandono de la utopía más radical y libertaria: la abolición de la psiquiatría misma, que en cualquier caso era difícilmente alcanzable a través de su principal frente de lucha, el reconocimiento de los derechos humanos: entre los cuales se encuentra el paradójico derecho a la salud mental.

Para mediados de los 90 ya se había hecho evidente en el seno del movimiento de usuarias y supervivientes que quisieran o no eran consideradas por Naciones Unidas como personas discapacitadas, siendo que además la «discapacidad» había adquirido un reconocimiento sin precedentes como motivo ilegítimo de discriminación, algo que como vimos, no sucedió con la «enfermedad mental» que fue explícitamente exceptuada del principio de no discriminación. Fueron precisamente las políticas antidiscriminatorias por motivos de discapacidad las que posibilitaron, primero en el seno de algunos Estados, como EEUU y Reino Unido, y posteriormente en las mismas Naciones Unidas y otras agencias regionales, los primeros encuentros, enfrentamientos y alianzas entre el movimiento genérico de la discapacidad y el movimiento de usuarias y supervivientes de la psiquiatría: dentro del cual la asunción tácita u estratégica de la identidad discapacitada, especialmente allí donde la discapacidad quedaba definida por

la *deficiencia* naturalizada subyacente fue, como vimos para el caso de Reino Unido y Europa, objeto de intensas querellas y desilusiones.

El análisis del proceso de elaboración e interpretación de la CDPD, conducido en este trabajo y centrado en la abogacía de usuarias y supervivientes estuvo enfocado en iluminar dos aspectos clave: en el plano epistemológico y ontológico la emergencia de la categoría política de «discapacidad psicosocial», y por extensión de la definición de discapacidad de la Convención, y en el plano del mandato político la construcción y consolidación del derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley.

Como vimos, la discapacidad psicosocial fue la categoría que escogieron estratégicamente las representantes de usuarias y supervivientes de la WNUSP para hacerse reconocibles a sí mismas dentro de la Convención y dentro de la comunidad de personas discapacitadas, por abandono de la identidad de «discapacidad psiquiátrica» —que venía empleándose en Norteamérica y fue rechazada por quedar vinculada con la psiquiatría—, y por oposición a las categorías impuestas de «enfermedad mental», y «deficiencia/discapacidad mental».

No obstante, el texto final de la Convención, contra las enmiendas vehiculadas por el IDC, acabó por asignarles la categoría de deficiencia/discapacidad mental, mientras consagraba, también contra múltiples y persistentes enmiendas del IDC, el modelo social de la discapacidad asentado en la distinción entre la «deficiencia a largo plazo» (como sustrato natural situado en la persona) y la discapacidad (como resultado de la interacción entre la deficiencia de la persona y las barreras sociales impuestas). Posteriormente las organizaciones de usuarias y supervivientes consiguieron que el Comité abrazase y emplease la categoría política de discapacidad psicosocial, reconociese que la deficiencia subyacente podía ser real o percibida/atribuida, y que todas las personas a quienes se les atribuye un «trastorno» o una «enfermedad mental» eran bajo esta categoría protegidas por la Convención. No obstante, y contra las definiciones que hicieron de la discapacidad psicosocial usuarias y supervivientes, esta categoría tiene un estatuto ambivalente en la Convención que, contra su epistemología de lucha, y en tanto «deficiencia mental a largo plazo» entraña algunos riesgos en el paisaje contemporáneo y hegemónico, sobre los cuales querría plantear algunas reflexiones.

Aunque no hemos podido entrara a profundizar en esta cuestión, es evidente que el determinismo biológico en psiquiatría está actualmente ensamblado al régimen neoliberal a nivel global en el mercado público-privado de la salud mental. Este entramado liga la acumulación de capital, la (re)producción del sujeto normativo neoliberal y la despolitización del daño psíquico políticamente inducido por la

exposición diferencialmente distribuida —según patrones machistas, clasistas, racistas y capacitistas— de los cuerpos a la precariedad y la violencia en una misma empresa. El negocio, con las farmacéuticas liderando la lista de beneficios globales, se basa en *producir y promover* «trastornos o enfermedades mentales» y adjudicarles causas biológicas a fin de *inducir* y preferiblemente *cronificar* el consumo de drogas psicoactivas y otros productos farmacéuticos sin importar el efecto mortífero que estos puedan tener. En este régimen de márketing, la imposibilidad de naturalizar el pregonado origen biológico de los «trastornos o enfermedades mentales» que abarca todos los «biomarcadores» explorados, ya sean desequilibrios neuroquímicos, genes o supuestas aberraciones cerebrales, no parece ser un problema.

Contra esta articulación, en el plano epistemológico, la consagración en la Convención de la «deficiencia a largo plazo» facilita la asimilación de la discapacidad psicosocial al paradigma biologicista de la «enfermedad o el trastorno mental». Ante esta posibilidad importa evitar que la definición hegemónica de discapacidad psicosocial cristalice en la atribución esencialista de un sustrato deficiente y biológico a largo plazo, manteniendo vivas las definiciones del propio colectivo de usuarias y supervivientes y la historia de lucha que dio lugar a su emergencia.

En qué medida esta disputa sobre el sentido de la discapacidad psicosocial está teniendo lugar en distintos contextos territoriales es una pregunta de investigación en sí misma, va más allá de las posibilidades de esta reflexión. Ya hemos visto como la categoría política de discapacidad psicosocial está teniendo un encaje diferencial en función del territorio, tendiendo a ser más bienvenida en el Sur Global como la identidad política privilegiada, y no meramente como identidad estratégica, en parte y como lo mostró el proceso constituyente de las organizaciones regionales de África (PANPPD) y en menor medida de Asia Pacífico (*TCI-Asia*, posterior *TCI-Asia Pacific* y actual *TCI-Global*), porque las identidades de «usuarias» y «supervivientes» tienen un alto componente occidentalocéntrico, en tanto remiten al Norte Global de dónde surgieron los primeros movimientos de expacientes y expresas y donde los servicios de salud mental capilarizan ampliamente lo social.

En el mundo hispanohablante no es difícil encontrar ejemplos de la asimilación discapacidad-psicosocial/enfermedad-mental-biológica. Por ejemplo, en México, contra las definiciones de integrantes del movimiento vinculados a Documenta, SinColectivo y

la Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial⁴⁹⁰ como Víctor Lizama (2020), quien conceptualiza y ha promovido la discapacidad psicosocial como un producto de formas de discriminación, estigmatización y violencia sobre personas que divergen funcionalmente de la norma, el gobierno Mexicano a través de varias de sus organizaciones, ha puesto en circulación, definiciones como la siguiente:⁴⁹¹

puede derivar de una enfermedad mental, que tiene factores bioquímicos y genéticos, donde los síntomas se presentan por lo general en la adolescencia y no está relacionada con la discapacidad intelectual. Puede ser temporal o permanente y se convierte en una condición de vida (ISSSTE, 2019).

No obstante, a nivel de mandato político la «discapacidad psicosocial» constituye el reconocimiento efectivo de un sujeto de derechos humanos que antes no existía, que no podía ser pronunciado ni reivindicado. Como vimos, bajo esta categoría jurídica de reconocimiento, la interpretación autorizada del artículo 12 de la CDPD hace justicia a las demandas políticas históricas de usuarias y supervivientes a través del reconocimiento de la capacidad jurídica universal. Además, la CDPD en su conjunto posibilita la reivindicación de la vida independiente y en la comunidad y de un amplio abanico de derechos económicos, sociales y culturales. Su mandato ha sido plenamente abrazado por las organizaciones regionales de personas locas, usuarias, supervivientes y con discapacidad psicosocial de todo el mundo.

El reconocimiento de la capacidad jurídica universal clausura un estado de excepción constitutivo de la democracia moderna y del dispositivo psiquiátrico, posteriormente universalizado por Naciones Unidas en el régimen de los derechos humanos cuyos ingredientes esenciales son la incapacitación jurídica, la inimputabilidad penal y el tratamiento e internamiento forzoso. Dicho mandato insta a poner fin a una larga historia de discriminación, exposición a la tortura, el maltrato y la violencia que ha sido legitimado bajo el nombre del cuidado, y que se ha mostrado como la contraparte más extrema de la (re)producción de patrones normativos, (andro)occidentocéntricos y funcionales de lo humano en el espectro de la «mente» y del comportamiento.

⁴⁹⁰ En 2023 ésta organización regional cambió su nombre de «Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial – Locura Latina» a «RedEsfera Latinoamericana por las Culturas Locas, la Diversidad Psicosocial, la Justicia, el Buen Vivir y el Derecho al Delirio».

⁴⁹¹ Por ejemplo, la campaña sobre los derechos de las personas con discapacidad del 2016 de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz, también la definió como aquella que «puede derivar de una enfermedad mental y está compuesta por factores bioquímicos y genéticos...» (CEDHV, 2016). En contraparte, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ese mismo año la definía como «aquella que padecen personas con “diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión”» tomando como referencia el *Plan de Acción sobre Salud Mental* 2013-2020 de la OMS (CNDH México, 2016, p. 6).

Fundamentalmente, el artículo 12 de la CDPD restituye la agencia y la libertad, estableciendo el límite que separa el ejercicio del poder sobre un sujeto libre —intrínseco a toda relación social— del ejercicio de la dominación sobre un ser cosificado y reducido a la impotencia, por haber sido constituido como nuda vida, exceptuada del derecho humano, y con ello arrojada a un régimen médico de violencia impune bajo la marca de la indistinción entre cuidado y violencia. Además de derogar el «hacer morir políticamente» que conforma parcialmente el núcleo constitutivo del poder psiquiátrico y del paradójico «derecho humano a la salud mental» su conceptualización de la libertad y de la autonomía, al tiempo que mantiene la obligación de «no injerencia» antipaternalista, reconoce que el ejercicio de la agencia se apoya en múltiples relaciones de interdependencia, que incluyen tanto a otras personas como a sistemas en los que quedan imbricadas infraestructuras materiales, sociales y comunicativas, obligando a los Estados a implantar sistemas de apoyo para el ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad: apoyos que son concebidos como un derecho positivo, y por ende voluntario y rechazable.

Ha quedado fuera del alcance de esta tesis abordar las reformas a las que ha dado lugar la Convención en lo respectivo al mandato de igualdad ante la ley, que ha sido el centro en torno al cual ha pivotado el análisis. Algunas de las reformas legislativas conducidas en Latinoamérica sobre capacidad jurídica, particularmente las de Perú, Colombia, Costa Rica y México, se ajustan al marco interpretativo de la CDPD en lo que respecta a la toma de decisiones con efectos legales —derogando las figuras de incapacitación legal y promoviendo sistemas de apoyo a la toma de decisiones—, pero ninguna de ellas ha derogado el estado de excepción penal que opera a través de la inimputabilidad penal y las medidas de seguridad, y tan sólo la reciente reforma Mexicana de la Ley General de Salud (mayo del 2022), ha abolido legalmente y de forma competente las prácticas del internamiento y tratamiento forzoso en salud mental.⁴⁹² Sin

⁴⁹² Para un informe completo y actual de la situación de las reformas legislativas y su estado de implementación en Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay véase sobre todo el reciente informe regional de la RedEsfera Latinoamericana por las Culturas Locas, la Diversidad Psicosocial, la Justicia, el Buen Vivir y el Derecho al Delirio (2023). Sobre la reforma Peruana de la capacidad jurídica (Decreto Legislativo N° 1384 del 4 de septiembre del 18) y su Ley de Salud Mental (Ley n° 30947, del 24 de mayo del 2019) la cual no ha eliminado del todo las decisiones substitutivas ni el internamiento y tratamiento involuntario —manteniéndolas para «emergencias psiquiátricas» de entre 12 a 72 horas— en contexto no criminal, y también manteniendo las «medidas de seguridad» en casos penales, véanse los trabajos de Vásquez Encalada (2021), Mikowitz (2021b) y Bregaglio Lazarte y Constantino Caycho (2022). Un análisis comparativo de las reformas en materia de capacidad jurídica conducidas en Costa Rica, Perú y Colombia puede consultarse en Vásquez et al. (2022). Sobre la reforma mexicana, y particularmente, sobre el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en

embargo, en la actualidad no existe ningún Estado que haya implementado en la práctica la abolición del internamiento y tratamiento forzoso y establecido sistemas de apoyo a las crisis libres de violencia y coerción, para navegar experiencias de locura o sufrimiento psíquico intenso, que deberían seguir un enfoque desjudicializado y desmedicalizado.⁴⁹³

Para que nos hagamos una idea, en España la reformas a las que ha dado lugar el mandato de reconocimiento de la capacidad jurídica universal, han implicado —entre otros— el reconocimiento del derecho a voto de todas las personas con discapacidad en 2018,⁴⁹⁴ la erradicación de la esterilización forzosa de las personas incapacitadas judicialmente —aplicada sobre todo a mujeres— en 2020,⁴⁹⁵ y la abolición formal y todavía inefectiva de la incapacitación jurídica total, esto es, del sometimiento a la tutela completa y, por ende, a las decisiones de un tercero en todos los ámbitos de la propia vida, en el 2021.⁴⁹⁶ No obstante, ésta última reforma de la legislación civil y procesal ha mantenido la posibilidad de imponer apoyos contra la voluntad de la persona en distintas esferas de la vida, lo cual constituye una perversión de la definición del apoyo y una forma de incapacitación parcial. Además, y contra las últimas observaciones del Comité a España (Comité CDPD, 2019) y las enmiendas que presentamos desde ActivaMent-Hierbabuena —que fueron consignadas por una amplia variedad de colectivos y organizaciones de la sociedad civil—, ⁴⁹⁷ ha mantenido intacto el internamiento y tratamiento involuntario por motivos de «trastorno psíquico» —incluido el consentimiento por representación—, para intervenciones de efectos profundamente discapacitantes y traumáticos como el electrochoque, la administración

materia de Salud Mental y Adicciones, del 16 de mayo del 2022, véase también el balance que de ésta hicieron Lizama y Gutiérrez Ramírez (2022), así como la serie de cuatro conversatorios organizados por Documenta durante el mes de octubre del 2022, «¿Y ahora qué? Con la salud mental», disponibles en: <https://www.youtube.com/playlist?list=PL9DqwudoWjqQF8Axp5Xh4UYYvwgRC8eQK>

⁴⁹³ Esta aproximación ha sido ampliamente desarrollada por Minkowitz (2021a).

⁴⁹⁴ Ley Orgánica 2/2018, de 5 de diciembre, para la modificación de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad.

⁴⁹⁵ Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente.

⁴⁹⁶ Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

⁴⁹⁷ Pérez-Pérez, Beatriz, Tarancón Sánchez, Beatriz, Corominas, Tomás, Aguiar-Muñoz, Cristina, Sampietro, Hernán María, y Minkowitz, Tina. (2020). *Enmiendas de la Coalición ActivaMent-Hierbabuena “Proyecto de Ley por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica”*. Coalición ActivaMent-Hierbabuena. Disponible en: <https://activament.org/es/2020/propuestas-enmienda-reforma-legislacion-civil-y-procesal-para-el-ejercicio-de-la-capacidad-juridica-de-las-personas-con-discapacidad/>. Las entidades y colectivos que se adhirieron pueden ser consultados en <https://www.activament.org/2020/propuestas-esmena-reforma-legislacion-civil-y-procesal-para-el-ejercicio-de-la-capacidad-juridica-de-las-personas-con-discapacidad/>

forzosa de potentes drogas psicoactivas y la contención mecánica; todas ellas formas de violencia, de tortura medicalizada, que afectan al ser total de la persona sometida y a su integridad psicofísica, en ocasiones de forma irreversible.⁴⁹⁸

A la OMS el mandato de la CDPD la pilló, no sólo por sorpresa, sino trabajando en una dirección diametralmente opuesta. El mismo año en que se aprobaba la Convención, la OMS publicaba, con el apoyo financiero de varios gobiernos y de una gran multinacional farmacéutica —Johnson y Johnson—, un *Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación* (OMS, 2006), cuyo único objetivo era el de perpetuar el estado de excepción a los derechos humanos universales, y engrosar las garantías judiciales ilusorias que legitiman el internamiento y tratamiento forzoso, la incapacitación jurídica y la inimputabilidad penal. No obstante, la postura de la OMS ha ido cambiando.

Sus publicaciones sobre salud mental del 2021 revelan, en su fondo, una posición cauta y ambivalente, que recoge la disputa en el régimen de los derechos humanos sobre la abolición del internamiento y tratamiento involuntario. Las más visibles, el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030* (WHO, 2021a) y el *Atlas de Salud Mental del 2020* (WHO, 2021c), permitían interpretar los derechos humanos en el campo de acción de la salud mental en base a instrumentos de derechos humanos vinculantes y contradictorios entre sí respecto a la abolición del internamiento y tratamiento involuntario, entre ellos la CDPD y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), cuyo Comité de Derechos Humanos —como vimos— se desmarcó del mandato de igualdad ante la ley de la CDPD buscando perpetuar el internamiento y tratamiento forzoso en base al criterio de riesgo de daño para sí mismo o para los demás (Comité de Derechos Humanos, 2014).

Por otro lado, las Orientaciones y Módulos Técnicos sobre los Servicios Comunitarios de Salud Mental (WHO, 2021b) constituyen una guía abiertamente fundamentada en el reconocimiento de la capacidad jurídica universal, y elaborada con la participación de activistas del movimiento de usuarias, supervivientes y personas con discapacidad psicosocial. No obstante, este material es presentado en la web de la OMS como una guía dirigida a «todas las partes interesadas que *deseen* desarrollar o transformar sus sistemas y servicios de salud mental para alinearlos con las normas internacionales de

⁴⁹⁸ El internamiento y tratamiento forzoso en España están recogidos en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, que regula los «límites del consentimiento informado y consentimiento por representación» y en el artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil que regula el «internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico».

derechos humanos, *incluida* la CDPD» (énfasis mío, WHO, 2021d). Más recientemente en abril del 2022, y en el marco de la iniciativa *WHO QualityRights* que puso en marcha en el 2012, la OMS hizo el lanzamiento global de la Capacitación virtual del Instrumento QualityRights de la OMS sobre Salud Mental, Recuperación e Inclusión en la Comunidad, cuyos módulos de formación online acogen el mandato de la CDPD y «cubren una amplia gama de temas en los campos de la salud mental, los derechos humanos, la capacidad legal, la recuperación y el poner fin a la coerción» (OMS, 2022, p. 4).

La abolición del internamiento y tratamiento forzoso está siendo disputada dentro del régimen de los derechos humanos también en el marco del Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano Respecto de las Aplicaciones de la Biología y la Medicina que entró en vigor en 1999 (en adelante Convenio de Oviedo). Éste es el único instrumento internacional jurídicamente vinculante sobre la protección de los derechos humanos en el ámbito biomédico y ha sido ratificado por 29 Estados Miembros del Consejo de Europa.⁴⁹⁹ En 2014 el Comité de Bioética del Consejo de Europa emprendió un Proyecto de Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo relativo a «la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales en relación con el internamiento involuntario y el tratamiento involuntario» que, contra el mandato de la CDPD, persigue perpetuarlos bajo el criterio de riesgo de daño para sí mismo o para los demás (Council of Europe Committee on Bioethics, 2018), siguiendo el precedente que asentó el Comité de Derechos Humanos del PIDCP (2014, parag. 19), y retomando ambos el criterio por excelencia que en 1991 universalizaron discursivamente los PPEMSM.⁵⁰⁰

La adopción de este protocolo adicional ha sido suspendida hasta finales del 2024 gracias a la intensa campaña contra su aprobación que lanzaron varias organizaciones europeas, entre ellas, ENUSP, esto es, la organización regional de (ex)usuarias y supervivientes,⁵⁰¹ el *European Disability Forum*, y *Mental Health Europe*;⁵⁰² campaña también apoyada por diversos relatores especiales de las NU, y el propio Comité de la CDPD (Steinerte et al., 2017).

⁴⁹⁹ Véase el estado de firmas y ratificaciones en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=signatures-by-treaty&treatynum=164>

⁵⁰⁰ Véanse los Capítulos XVII y XVIII.

⁵⁰¹ Sobre la campaña de ENUSP, véase: <https://enusp.org/2018/05/29/draft-additional-protocol-to-the-oviedo-convention-related-materials/>

⁵⁰² Sobre la campaña europea liderada por el *European Disability Forum*, y *Mental Health Europe*, véase: <https://www.withdrawoviedo.info/join/>

Sobre la cuestión de la justicia y la reparación

En cualquier caso, lo que es evidente es que el campo de acción estatal en salud mental ha sido históricamente constituido en respuesta al reconocimiento del «derecho humano a la salud mental», como un estado de excepción a los derechos humanos universales más fundamentales, en el que la muerte del sujeto de derecho ha hecho posible el ejercicio impune de la violencia en nombre del cuidado. El hecho de que ahora las «violaciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental [sean] generalizadas y se [produzcan] con impunidad» tanto en el Norte como en el Sur Global, como afirmaba el Relator Especial sobre el derecho a la salud de Naciones Unidas (Puras, 2017a, párr. 52), es en gran parte responsabilidad de las Naciones Unidas, en tanto órgano por excelencia de definición de los derechos humanos que exceptuó las categorías psiquiátricas de «retraso», «deficiencia» y «enfermedad» *mental* de los mismos.

En la actualidad nos encontramos ante la potencial consolidación de un doble estándar en el régimen de los derechos humanos en virtud del cual los Estados puedan decidir, particularmente, si mantener o erradicar las prácticas del internamiento y del tratamiento forzoso, dependiendo de si toman como referencia el PIDCP o la CDPD, ambos instrumentos jurídicamente vinculantes de derechos humanos que emanan de las Naciones Unidas y que han sido ampliamente ratificados tanto en el Norte como en el Sur Global.

La DUDH, que es el fundamento de todas las leyes internacionales de derechos humanos, y que como tal fue adquiriendo valor jurídicamente vinculante como derecho internacional consuetudinario, a pesar de asentarse ontológicamente sobre el paradigma de la razón, era muy clara al respecto en su artículo 7 sobre la igualdad ante la ley, aquel en el que alcanzaba el mayor grado de reflexividad:

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Además, en su artículo 28 establecía:

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Recientemente el Comité de la CDPD en el contexto de las Directrices sobre desinstitucionalización ha regulado el derecho de las personas supervivientes a la institucionalización —incluido el internamiento y tratamiento forzoso— a interponer

recursos y obtener reparaciones de sus Estados (Comité CDPD, 2022, párr. 115-123). Un derecho que venía siendo intensamente reivindicado y pensado por líderes del movimiento de usuarias, supervivientes y personas con discapacidad psicosocial vinculadas a la Campaña en Apoyo del mandato de Prohibición Absoluta del Internamiento y Tratamiento Forzoso de la CDPD (2016-actualidad),⁵⁰³ entre ellas las abogadas Tina Minkowitz (2012b, 2021a, 2021b) y Hege Orefellen (2015).

El derecho al recurso y la reparación, que tiene varias fuentes, ha sido regulado en unos Principios y Directrices Básicos por la Asamblea General de Naciones Unidas adoptados el 16 de diciembre de 2005.⁵⁰⁴ Éstos, recuerdan como primer instrumento la Declaración Universal de Derechos Humanos, apelan —entre otros— al derecho internacional consuetudinario del que ésta forma parte, y dejan claro que:

se aplican a las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y a las violaciones graves del derecho internacional humanitario [...] *reconociendo* que, al hacer valer el derecho de las víctimas a interponer recursos y obtener reparaciones, la comunidad internacional hace honor a su palabra respecto del sufrimiento de las víctimas, los supervivientes y las generaciones futuras y reafirma los principios jurídicos internacionales de responsabilidad, justicia y Estado de derecho (énfasis original, Preámbulo, párr. 6 y 11).

Los Principios y Directrices se elaboraron sobre la base de la responsabilidad del Estado pero hubo debate al respecto y «la opinión general fue que los agentes no estatales debían ser responsabilizados por sus políticas y prácticas, lo que permitiría a las víctimas interponer recursos e intentar obtener reparación sobre la base de la responsabilidad jurídica y la solidaridad humana» (van Boven, 2010, p. 4). Por lo que finalmente los Principios y Directrices, aunque están muy centrados en la responsabilidad de Estado, reconocen también la posible responsabilidad de «personas físicas», «jurídicas» u «otras entidades» en la obligación de dar reparación (principio 15). Dichos Principios definen a las víctimas *directas* como:

toda persona que haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario (principio 8).

⁵⁰³ Campaign to Support CRPD Absolute Prohibition of Commitment and Forced Treatment, véase: <https://www.absoluteprohibition.org/>

⁵⁰⁴ Asamblea General de Naciones Unidas. (2005). *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*. Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-and-guidelines-right-remedy-and-reparation>

Esta definición recoge a la perfección los daños sufridos por las personas que han sido víctimas y supervivientes de la violencia psiquiátrica actual e histórica. Una violencia que ha operado bajo el «menoscabo sustancial» de sus derechos fundamentales, pero también bajo legitimación de la *suspensión o anulación* efectiva de los mismos desde el régimen de los derechos humanos. Estamos hablando de personas que en nombre del cuidado y de la protección han sido arrojadas a regímenes de violencia impunes en la esfera internacional, donde la desposesión de su existencia política y de las protecciones que confieren el reconocimiento de los derechos humanos ha derivado en múltiples formas de abuso, maltrato, violencia y desposesión, algunas de ellas explícitamente legitimadas desde el régimen de derechos humanos, otras consecuencia de la exceptuación, en la medida en que la reducción a la vida meramente biológica, constituye al sujeto en el blanco perfecto sobre el cual cualquiera puede ejercer un poder soberano.

Para que nos hagamos una idea y sin ánimo de agotar los posibles, estamos hablando de personas que han sido sistemáticamente sometidas a formas de tortura medicalizadas, a intervenciones médicas forzosas orientadas a controlarlas y reducirlas a la impotencia, intervenciones que causan «lesiones físicas y mentales» a menudo irreversibles y «sufrimiento emocional» profundo. Estamos hablando de las víctimas y supervivientes de la lobotomía, del electrochoque, del choque insulínico y de la esterilización forzosa. Estamos hablando de personas que las distintas variantes de la eugenesia coincidieron en querer borrar de la faz de la tierra, de algunas de las primeras víctimas de exterminio masivo y sistemático durante el nazismo.

Estamos hablando de quienes sufren profundas lesiones derivadas de la administración forzosa y continuada de drogas psicoactivas, como los neurolépticos, capaces de suprimir todo ápice de voluntad y de agencia, de reducir a su más mínima expresión el pensamiento y el sentir, de inducir profundos efectos de zombificación e indiferencia, de producir enfermedades orgánicas diversas y muerte prematura, capaces de interrumpir para siempre la trayectoria vital de una persona y de reducirla a un sujeto pasivo y de consumo crónico para el beneficio de la industria farmacéutica.

Estamos hablando de las personas privadas de su libertad e institucionalizadas de por vida, de aquéllas a quienes no se les permite decidir sobre ningún aspecto de sus propias vidas, de quienes han sido sometidas a medidas de aislamiento solitario como «tratamiento», de quienes han sido y son reducidas a la impotencia mediante la contención mecánica y química. Estamos hablando de quienes no han sobrevivido a estas prácticas de violencia que llegan bajo la legitimación del cuidado, de quienes mueren durante la reducción policial destinada a internarlas en una unidad psiquiátrica

o durante la contención mecánica o química. Estamos hablando de quienes mueren cotidianamente a causa de una enfermedad orgánica, porque su palabra carece de valor de verdad y sus quejas de salud no han obtenido respuesta. Hablamos de quienes escogen darse la muerte ante un ciclo de violencia de Estado que no pueden parar, ante la amenaza de un internamiento y tratamiento forzoso, o de una vida de encierro, institucionalización o incapacitación. Estamos hablando de las personas que sobreviven con traumas profundos, aterrorizadas ante dicha posibilidad. Estamos hablando de quienes, en virtud de las leyes coloniales y de la pobreza, en virtud de la universalización de la «enfermedad mental», han sobrevivido y muerto, sobreviven y mueren, enjauladas y encadenadas, en ocasiones con animales, en comunidades y en instituciones manicomiales.

Hablamos también de las mujeres a las que se les ha retirado la patria potestad de sus hijos e hijas tras un diagnóstico de «trastorno mental» cuando ellas han sido sus principales cuidadoras; de las que han sido y están siendo violadas y abusadas impunemente en los espacios de custodia por sus cuidadores; de aquellas asesinadas por sus parejas porque su diagnóstico psiquiátrico ha funcionado como criterio de exclusión en el acceso a los servicios de protección a las víctimas de la violencia de género, o porque su palabra no ha obtenido credibilidad. Estamos hablando de aquellas personas a las que se les ha impedido, se les sigue impidiendo, votar, dar testimonio ante la justicia, acceder a un juicio justo ante la acusación de un delito penal con la condena psiquiátrica de privación de libertad y medicalización forzosa garantizada.

Estamos diciendo que muchas de estas prácticas han sido, y continúan siendo, respuestas legitimadas ante el sufrimiento psíquico extremo, ante la divergencia de un patrón normativo y (andro)occidentalocéntrico de lo humano, ante estados inusuales de conciencia que desestabilizan el ideal de la razón ilustrada. Estamos, al fin y al cabo, hablando de personas que han sido, que continúan siendo, sacadas a fuera del derecho a lo humano bajo el signo de la indistinción entre violencia y cuidado. Personas que a menudo resisten y enfrentan múltiples formas de opresión y exposición a la violencia como el racismo, la violencia de género, la precarización y la pobreza, el capacitismo infantil y adulto, el heterosexismo o la transfobia, formas de violencia cuyos efectos han sido reproducidos, invisibilizados e individualizados a través del diagnóstico psiquiátrico.

¿Cómo reparar el daño causado por un estado de excepción que ha legitimado el ejercicio de la violencia en nombre del cuidado, que ha devenido integral al Estado de derecho y a la democracia que, contra los principios universales de igualdad, libertad y

dignidad, ha sido universalizado desde el régimen de los derechos humanos hasta entrado el siglo XXI? ¿Dónde situar las responsabilidades?

Es evidente que, desde la entrada en vigor de la CDPD y para los Estados que la hayan ratificado, las víctimas y supervivientes de la violencia psiquiátrica pueden acogerse al derecho de recurso y reparación. No obstante, ante la aceptabilidad social de estas formas de violencia, ante las leyes de Estado que las legitiman, ante las contradicciones existentes en los instrumentos vinculantes de derechos humanos... ¿Pueden prosperar dichas demandas? ¿Y el daño infligido antes de la entrada en vigor de la CDPD? ¿Y la justicia histórica?

¿Puede reconocerse el estado de excepción que ha sido insertado en los derechos humanos por atribución de «retraso», «deficiencia» y «enfermedad» mental, como una «violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos» y más particularmente de su fundamento, la DUDH? ¿No eran precisamente las Naciones Unidas sobre las que recaía la obligación de establecer «un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados» en dicha declaración se hicieran plenamente efectivos?

Aunque sea una situación inédita en la historia ¿tiene sentido, y es estratégicamente adecuado, para las víctimas y supervivientes de la violencia psiquiátrica, interpelar a las Naciones Unidas a reconocer su responsabilidad y a conducir alguna forma de reparación desde la esfera internacional?

La «reparación plena y efectiva» de las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos según los Principios y Directrices de las Naciones Unidas, puede ser solicitada a entidades jurídicas y adopta cinco formas: restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición (principios 19-23). No me detendré en todas ellas, que están pensadas como reparaciones de Estado, y me enfocaré tan sólo en algunos de los elementos de la satisfacción y las garantías de no repetición que creo podrían aplicar a las Naciones Unidas (principios 22 y 23).

Una posible reparación por parte de las Naciones Unidas para las víctimas y supervivientes de la violencia psiquiátrica podría incluir los siguientes elementos: revelar públicamente y de forma completa los procesos mediante los cuales la Asamblea General de Naciones Unidas exceptuó de los derechos humanos universales y de las protecciones que estos confieren a las personas sobre las que recaían diagnósticos psiquiátricos —retraso, deficiencia, enfermedad, trastorno *mental*—; verificar y visibilizar las formas de violencia impunes que ello posibilitó a lo largo de toda la segunda mitad del siglo XX; garantizar la disculpa pública y asumir su corresponsabilidad histórica en la situación actual; conmemorar y homenajear a las

víctimas y supervivientes; así como declarar su dignidad y condición humana, y ante todo; garantizar la no repetición, lo cual debería incluir la revisión y reforma de las leyes internacionales vinculantes de derechos humanos y sus interpretaciones autorizadas — incluido el PIDCP— para abolir el estado de excepción, armonizándolas con el único instrumento de derechos humanos vinculante que ya lo ha hecho, la CDPD. Por supuesto, esta es tan sólo una idea de reparación, justicia social y memoria histórica profundamente coherente con los hallazgos de esta tesis, que en cualquier caso habría de ser madurada, profundizada y evaluada estratégicamente desde las organizaciones internacionales de víctimas y supervivientes de la violencia psiquiátrica.

(IN)CONCLUSION (English)

*A research... like all works of poetry and thought,
cannot be concluded, but only abandoned.*
Giorgio Agamben

The time has come to abandon —even if only momentarily— this research which in its entirety constitutes a genealogical statement —somewhat extensive and sinuous— on the historical configuration of a mechanism of domination involved in the production of the human, of the subhuman and of the liminal and devalued statutes of humanity, a mechanism that operates at the confluence between sovereignty and bio-powers, and whose exercise of violence with impunity has been universalized through the regime of human rights.

I said that the question that could crystallize the set of inquiries that comprises this genealogy in a gesture —provided that we consider it as imperfect and impregnated with other questions— could be formulated as follows: By means of what mechanisms of domination has “madness” been excluded from “the human” and from human rights, and what kind of transformation bursts in with this recent United Nations Convention that arrives under the regime of “disability”?

This question contains some assertions —madness has been excepted from the human and from human rights, and something bursts in with the CRPD— from which derive, among others, a methodological and epistemological approach, and a goal to be reached. These assertions initially appeared as a feeling that needed to be deciphered. It was only in the course of genealogical practice, and in the face of events, that they began to crystallize into the question and the approach it implies.

Thus, the genealogical gaze has focused on what I have called the production of the human and understood as a differential process that involves regimes of veridiction and government practices in which the psychiatric device participates as a mechanism of domination, and whose condition of possibility —or constituent exterior— is the production of the lesser human, of the subhuman, and of the liminal and devalued statutes of humanity. The particularity evidenced by the psychiatric device in its imbrication with the matrix of colonial, patriarchal and capitalist power/domination, which is intrinsically sanist and ableist, resides in the fact that it participates in a central

way both in the regime of sovereignty that institutes the foundational political community of modern democracy, and in the bio-powers of positive production of the human that operate negatively on the production of the subhuman.

The chains of events selected and analyzed in this work have thus sought to make the mechanics of knowledge-power of the psychiatric device intelligible through an analysis of its point of emergence and its most relevant displacements, drifts and reconfigurations, by approaching the articulation it establishes between sovereignty and bio-powers (anatomopolitics and biopolitics), through the interweaving of the perspectives of Foucault and Agamben, and studying it in imbrication with the intergovernmental device of health and with the regime of human rights, all with the intention of landing on a precise point: the transformation with which the CRPD bursts in.

This empirical and theoretical approach has resulted in a characterization of the constitutive nucleus of psychiatric power as a particular form of articulation between sovereignty and bio-powers that responds to the paradoxical formula “*to make die — politically— and to make live*”, showing this last locus of “making live” two differentiated and intertwined points of intervention. On the anatomopolitical side, it situates the curative mandate on the psychiatrized body-individual reduced to the impotence of the nude life that political death implies, a mandate to which psychiatry responds by virtue of its insertion in medicine, which attributes to it the Hippocratic duty of guaranteeing the biological reproduction of that life and attempting to cure it. On the biopolitical side, the “making live” situates the locus through which psychiatry —and mental health— hover and act on a body-collective to positively produce a privileged, normative and genericized type of the human efficiently assembled to a Western-centric social, political and moral order that has been taking various forms.

Having said this, the first thing to point out is that this genealogy has not only contributed to the formation of the guiding question, but has also largely supported the assertions it contains. Indeed, this genealogy shows that “madness” has been excluded from the human and from human rights through the imbrication of the psychiatric device in the intergovernmental health device and in the human rights regime. This process has involved firstly the consecration of the human right to (mental) health, and subsequently a whole set of United Nations declarations and recommendations on human rights “disability” and “mental illness”, which have covered the entire second half of the twentieth century.

Exceptionality has not signaled for such cases a mere oblivion, a slow development in the application of universally recognized human rights. On the contrary, it has implied

the positive act of inclusion-exclusion in the human rights regime of a set of psychiatrically defined cases (mental retardation; mental impairment/disability; and mental illness) the effect of which has been to *suspend* or *nullify*, for such cases, the recognition and effective application of the protections conferred by human rights.

This extreme form of juridical inscription, which only includes to justify exclusion, coming from human rights, has had the effect of universalizing for the subjects marked by these categories a “state of exception” that dispossesses them of both their political existence and their quality of human beings. In other words, it has had the effect of constituting them as “bare lives” in the international sphere over which nation states can exercise medicalized and unpunished forms of violence, which are legitimized by a paternalistic and tutelary rhetoric of protection that operates under the sign of indistinction between violence and care.

Indeed, we also verify that with the CRPD, through the democratic struggle of the movement of users and survivors of psychiatry and their inclusion in the disabled alliance, a radical transformation in the foundational structure of modern democracy, and in the constitutive nucleus of the psychiatric power that implies the abolition of the state of exception that gave it birth and, with it, the formal loss of its competences of sovereign power in the justice apparatus bursts—from the very regime of human rights. The abolition of legal incapacitation, criminal non-imputability and forced commitment and treatment, which implies the recognition of universal legal capacity and the positive and voluntary right to support, restores the recognition of the set of conditions and ways of being in the world pathologized by psychiatry as political subjects of human law, putting an end to the relationship of indistinction between violence and care under which the act of domination has been legitimized.

Although this formula —“to make die and make live”— has given rise to diverse effects of knowledge, subjectivation, power and domination—even transmuting political death into the systematic practice of murder under the Nazi regime— has not modified its core of confluence between sovereignty and bio-powers, until the recent insertion of the political demands of the users’ and survivors’ movement in the CRPD, which have not yet become fully effective in any nation state, and continue to be disputed from the very regime of human rights.

In the following, I propose a closure of this work in three acts. The first of them reflects on the initial part of the research question that addresses *how* “madness” has been *taken out* of the human and human rights, that is, in the part prior to the irruption of the CRPD—which is the one that has constituted the greatest deployment of this genealogy—, synthetically developing some of the findings on the intertwining of the

psychiatric device with the production of the human and the subhuman. The second act addresses the other part of the question, that which has to do with the *irruption* of the CRPD, also synthesizing some of the findings and adding some reflections on the current situation. Finally, the third act takes up the fundamental findings of this thesis and brings them into dialogue with the question of the right to reparation of victims and survivors of psychiatric violence.

On psychiatric power and the production of the (sub)human

The mechanisms of domination through which “madness” has been excluded from the human and from human rights, as evidenced by the series of events intertwined with the psychiatric device analyzed in this thesis, have particularly illuminated what we could call four *paradigmatic configurations of production of the human*: the one that takes “reason” as its central axis, and those that operate around the nodes of “degeneration”, “plasticity”, and “impairment/disability”.

I introduce at this point this concept, which I will henceforth refer to as “paradigm of production of the human” because, given the complexity and extension of this genealogy, it serves me to offer a simplified, partial and panoramic perspective of some of its most relevant findings, which also has the advantage of allowing me to present them in a different light, and with it the potential to focus on some articulations that, although clearly present in the development of the chapters, have not been systematically collected.

I understand such “paradigms” as exemplary configurations of heterogeneous networks of veridiction and governance practices whose objective has been to produce a privileged type or model of the efficient and functional human for a Western-centric economic, political and moral regime, and whose by-product has been the production of the lesser human, of the subhuman and of the liminal and devalued statutes of humanity, and with it, the institution and legitimization of certain relations of domination and inequality, of which the generic marks of “madness”, “unreason”, *mental* “illness-impairment-disorder” have been a specific and persistent case, a leitmotiv of the psychiatric device.

As we shall see, the emergence of a new paradigm and its eventual institution as dominant has not operated under the logic of replacing the preceding ones. Rather, it has covered or complemented them by reconfiguring some of its techniques and mechanisms of knowledge-power within itself, granting them new functions and schemes of rationality, while at the same time producing its own technologies of

knowledge-power: ultimately constituting something like a new layer in the logic of production of the human and the subhuman that is nourished by the previous ones, displacing and enveloping some of their aspects. Moreover, it is necessary to point out that the paradigms of production of the human that I will present below are not the only ones, but those that this genealogical practice has encountered in the gesture that it has traced on the body of history, and in which it has also deepened.

Reason as a paradigm of production of the human places the essential and defining characteristic of the human as opposed to the non-human animal, instituting the supremacy of the human, and with it, the relations of reification, appropriation and domination over “nature” that derive from it. This distinction inherited from Ancient Greece, which identifies reason with the political and governmental sphere, configures the nodal point of legitimization of the interhuman relations of appropriation and domination of modernity. From the emergence of the conquest and colonization of *Abya Yala* or “New World” —as the Valladolid Debate showed— to the Enlightenment and the emergence of modern democracy as a new institution of the political, the endowment or dispossession —complete or partial— of reason constituted the nodal point on which the legitimization of relations of appropriation and domination operated, whose dichotomous hierarchy human/non-human-animal is foundational and productive of many others; master/slave, civilization/barbarism, metropolis/colony, white/black, man/woman, sane/insane, culture/nature, mind/body, etc.

We have seen how reason as a paradigm of production of the human is intimately linked to the sovereignty of the law, and thus to contractual relations and to the production of the “free” and “equal” citizen with effective capacity to govern. This is precisely why we find it as the primordial, essential and distinctive attribute of the human in the UDHR, on which the values of equality, liberty, dignity and fraternity hinge. Moreover, reason as a paradigm of production of the human gave rise to the Cartesian model of the person that consolidated the transition to capitalism, structured around the mind/body binarism that made possible the internalization of the master/slave relationship within the individual, and where the supremacy of reason became the seat of government of an inferiorized, mechanized and savage body that must be made docile and submissive in order to perpetuate the discipline of capitalist labor.

Reason as a paradigm of production of the human —and of the subhuman— is at the basis of the power relations that underlie the exemption of “madness”, both from the human and from the sovereignty of the law, which gave rise to the birth of the psychiatric device —alienism— in the French Revolution. A contingency in which “madness” had

been confined for more than a century within the walls of the great centers of confinement, in which it was already fully assimilated to “unreason”, to “animality” and to “incapacity for work”. Alienism, and its special institution, the Asylum, were thus born from a juridical inscription, that is, from the institution of the sovereignty of the law in the midst of the “democratic revolution”, whose object was to repeal the King’s orders — *lettres du cachet*— which conveyed the confinement of the multitudes who had been trapped between the mandate of the sexual division of labor and the condemnation of idleness in the French *Ancien Régime*. In order to perpetuate the confinement of “madness” and to avoid the label of arbitrariness attributed to the despotic *Ancien Régime*, this legal inscription gave it the status of a “disease”, and entrusted it to a “special hospital” and to a medical body in charge of its “cure”, which would be defined as alienism.

From the Foucault-Agamben crossroads, we saw how this formula of foundational power, inherited from the French *Ancien Régime* and dressed in a humanitarian rhetoric, responded to a paradoxical articulation between sovereignty and disciplinary biopower under which the “making die —politically— and making live —as a biological body—”, which guided the tutelary policies of confinement under the *lettres de cachet*, was perpetuated in a new medical rationality. This gave birth to a tutelary “state of exception” and its respective “camp” —the Asylum— which did not propose the exercise of violence with impunity, even if it had the effect of producing it. For, although it deprived the person of political existence and reduced him to the bare life of the animal, it had the Hippocratic duty not to harm that life, to guarantee its biological reproducibility and to try to “cure” it by returning it to reason and citizenship.

Furthermore, on the level of sovereignty and from the quarrel between alienists and magistrates around the “homicidal monomania”, which resulted in the generic assimilation of madness-social dangerousness, we saw how the psychiatric device conquered the competence to issue binding judgment on the responsibility of the subject in the alleged criminal act, and thus the verdict on the criminal (non)imputability and its possible destinations, the trial and the potential criminal conviction, or the absence of trial and the asylum conviction: the disciplines of forensic medicine or forensic psychiatry were born out of this quarrel.

Shortly thereafter, in 1838, the synthesis that “homicidal monomania” established between madness and social dangerousness became a law of assistance producing a major transformation in the psychiatric device, which transmuted it into an organ of social defense against all sorts of threats to public order and everyday family disorders. The mechanics of its functioning, that is, the need to pathologize what one side or the

other wanted to expel to the Asylum, gave rise to the birth of the psychiatry of “abnormality”, with an infinite number of new pathological pictures. It was in this shift from unreason to abnormality, which implied distinguishing between “imbecility” and “mental illness” —long included in the nodule of delirium— that a new paradigm of production of the human began to take shape around the *biological threat of “degeneration”*.

We trace *the threat of degeneration* projected on the human to the natural history of the eighteenth century as emerging from the colonial space, as a way of designating on the bodies of the colonists the effects of environmental factors —among others, the torrid climate— effects that could produce degenerated “races” or “individuals”, but that were not transmitted to the offspring. However, in mid-nineteenth-century France, a major transformation of the meaning of “degeneration” took place, positioning it as a biological danger propagated through reproduction and inheritance from which society urgently needed to defend itself to restore the purity of a superior, archaic and original type of human. This paradigm of production of the human emerged almost simultaneously assembled to two axes of inequality and domination that initially appeared disconnected. Thus, on the one hand, De Gobineau used the notion of degeneration to legitimize the inequality between races, peoples and civilizations, warning of the decadence of “all civilization” due to the degeneration of the “white race”, and more particularly of its “Aryan family”, caused by the successive racial crossbreeding that had been undermining the superiority of its blood. On the other hand, Morel encapsulated in the concept of degeneration the psychiatric shift towards abnormality and biological determinism, using it to designate a physical, intellectual or moral “morbid deviation” —congenital or acquired— from the original and normal type of the “human species” that threatened to destroy and degrade it, characterized by being incurable and transmitted hereditarily to the offspring, under highly diverse and random forms, until the sterility of the lineage was produced.

At the psychiatric level, the hegemony of the theory of degeneration had a whole set of effects of power, knowledge and domination that operated on the displacement of its curative mandate “to make live” from the body-individual (anatomopolitics) to the body-species (biopolitics), among them: a) the biological determinism of heredity favored the longed-for legitimization of psychiatry —or alienism— as a medical discipline: b) it also freed itself from the mandate to cure the body-individual, perpetuating at the same time the asylums as a mechanism of social defense against degeneration, that is, as a deposit of bodies considered incurable or ineducable; c) this shift also guaranteed the insertion of psychiatric power in the mechanisms of sexuality, biological reproduction and a wide

range of environmental influences, opening for it an infinite field of hygienic interventions to be conducted on the “social masses”; d) these interventions resulted, among others, in hunts for degenerates based on the identification and systematization of “stigmata” —physical, intellectual or moral— in individuals and the inspection of degenerate patterns in family genealogical trees.

Moreover, from the third half of the 19th century onwards, the defensive paradigm of degeneration served to legitimize the persecution of all kinds of social movements and subjects, such as anarchism, communism, suffragism, defense of animals, prostitution, alcoholism, syphilis, etc. while sculpting the profiles of the normal and privileged type of humanity. Its characteristics —as was to be expected— stabilized in whiteness, masculinity, and adulthood. Since the emergence of social Darwinism, the psychiatric theory of degeneration had begun to be desacralized and to overlap with the degenerative and racist current of physical anthropology, incorporating notions such as “savagery”, “civilization” and “barbarism”. Eugenics was part of this confluence as a policy of defense against degeneration that displaced the concept of “human species” — on which Morel based his pseudoscience— in favor of the ambivalent project of “improving the human race”. As we have seen, both degenerative currents —psychiatric and anthropological— ended up fully fused in the extermination program implemented by the Third Reich, a regime recognized as the one in which the sovereign right to kill and the biopolitical mandate to make people live were fused in their most paroxysmal expression. Where “making some people —degenerated individuals and races— die” constituted the gesture by means of which “making live” the body-race-nation of the *Volk*.

Furthermore, we confirm that the psychiatric device played a leading role in such a thanatopolitical outcome, both in terms of some of its most important antecedents and in terms of the point of emergence of the first Nazi extermination, the program of forced euthanasia. Prominent among such antecedents and deployments are: a) in the first decade of the 20th century the link between degenerate individuals and races disseminated by Kraepelin —pointing specifically to the Jewish people— and his claim to abandon to death “degenerate” individuals who depended on public assistance as a mechanism of “self-purification” of the race; b) shortly afterwards, at the beginning of the 1920s, the claim in interwar Germany of the right of the State to destroy, in particular, the “worthless lives” that inhabited the asylums, formulated by Binding and Hoche from the juncture between justice and psychiatry; c) with the rise of Nazism to power, the leading role of Rüdin —Kraepelin’s successor— in the leadership of the medical community that contributed to formulate and implement the *Rassenhygiene*

policies of the Third Reich, and that led the first mass extermination, the euthanasia program; d) this program resulted in the establishment of the insane asylums as the first centers of mass extermination for which the gas chamber was invented, a death technology later transplanted to the concentration camps in an attempt to exterminate entire peoples.

We said that, in the Nazi deployment, the “making to die” —politically— that constitutes the partial core of psychiatric practice reached murder insofar as —with the notions of incurability, heritability and biological danger— it had shifted its “curative” mandate (to make live) to the body-race-nation, for which the “incurably ill” constituted the enemy to be eradicated. The asylum thus became the first extermination “camp” because the state of exception was already the rule there. Because bodies deprived of political existence and reduced to mere biological life were already concentrated there, while in order to exterminate the “degenerated races” that populated the “living space” of the *Volk* —mainly, but not only, the Jewish and Gypsy people— Nazism first had to institute the legal inequality capable of depriving them of political existence and imprisoning them in concentration camps. The Third Reich thus merged sovereignty and biopolitics, giving rise to a thanatopolitics, in an absolutely racist, sexist, sanist, heterosexist and ableist project of biological production of the “Superior Man”, the original and pure type of the “Aryan race”. In addition, it marked the line of flight inscribed in degenerationism as a defensive and biological paradigm of human production that was being generically deployed, both in democratic and totalitarian states, through eugenics and its variants.

Mental hygiene, from which we saw the emergence and progressive configuration of the *paradigm of plasticity*, was born fully inserted in the paradigm of degeneration, of which eugenics and racial hygiene were some of its other expressions in that nascent twentieth century. All of them, eugenics, racial hygiene and mental hygiene, including French social hygiene, converged in the current of *preventive public health*, whose fundamental project consisted of systematically manufacturing a fit citizenry capable of increasing the “efficiency” and vigor of the body-race-nation, in the imperialist struggle that confronted nations for the appropriation of natural resources and for the industrialization of the labor force.

Against Beers’ first impulse to end physical abuse, torture and unpunished murders in asylums, Meyer persuaded him to change the point of attack and go out to prevent disorders or “mental illnesses” which —with some hesitation— he assumed to be potentially “incurable” once unleashed. Plasticity was shown at the point of emergence of mental hygiene very implicitly, as the preventive project of teaching people to live

“correctly”, that is, to master their “mental activity” and develop healthy “habits” capable of guaranteeing their efficient “adjustment” to the environmental demands imposed by the “existing social order”; where the adaptive response of the individual as a whole to the social order of savage capitalism defined mental health.

However, this nascent innovation based on Meyerian “psychobiology”, which involved the shift in the preventive locus from “protection” to “promotion” of (mental) health, was complemented by the mental hygiene movement with the implementation of all sorts of eugenic techniques—including permanent confinement, the prohibition of certain marriages, forced sterilization or education in non-reproduction and the deportation of migrant bodies labeled as “defectives” that aspired to enter the USA—precisely because both converged in the same project of producing a national and racial body, vigorous and healthy, composed of individuals efficiently adjusted to the social order and *therefore* successful and happy.

After World War I, in the 1920s, we were able to identify two important mutations in the knowledge-power mechanics of mental hygiene that deepened the paradigm of plasticity in imbrication with *the concept of personality*. On the one hand, after the massive application of the *intelligence test* that transmuted a whole set of social subjects that had previously passed for “normal” into new mental defectives (or feeble-minded), the crusade against mental defect—where sexism, racism and classism merged in the same ableist gesture—began to supplement the eugenic techniques that had guided it with an innovative project that promised the rescue and profitable use of a large part of the “defective human material”. The latter asserted that intelligence was, after all, only one of the traits of “personality”, understood as the whole constitution of the individual and as the sum of their equipment for adaptation. Thus, in this line of attack, the defensive eugenic policies of “permanent confinement” were complemented with a system of supervised “parole” in a project of rehabilitation, training, and early formation—infantile and adolescent—oriented to transmute some of the subjects marked by the “mental defect” into cheap manual labor force trained in obedience and morality, as well as grateful and happy not to be condemned to a lifetime of institutional confinement.

On the other hand, the mental hygiene movement in general, starting from an *epistemological and technical eclecticism* where psychoanalysis, behaviorism and psychobiology converged in emphasizing the plasticity vs. heredity and pointing out the “development of personality” as the key point of intervention in the production of the human, declared childhood in general as its privileged point of intervention, and began to develop a biopolitics of pedagogical and child-rearing practices that led it to insert itself centrally in the family—especially in the mother-child relationship—and in the

school. With the emergence of the *child guidance movement*, it was no longer so much a question of focusing on controlling the biological production of “human material”, that is, of an intervention centered on *nature*, but of adopting a point of attack on the production of the human on a larger scale that would embrace all the “human material that is given” from the intervention on the *nurture* of child development, as a privileged locus of formation and modulation of well-adjusted, efficient and happy individuals.

The key to the paradigm of plasticity is not its incompatibility with eugenics, but the complementarity that it introduced with respect to the latter, by covering a much larger field of “human material” and systematically dedicating itself to intervention in *nurture*. In practice, this shift opened up a whole new field of intervention and knowledge centered on the detection and early correction of all sorts of maladjustments to the dominant social order, based on the pathologization of infantile deviations from a Western-centered and genderized model of human development, as well as on the affections and child-rearing practices considered as a monopoly of women, which implied constituting mothers as privileged objects of intervention and of responsibility for the maladjustments and mental disorders typified in their offspring.

However, all this advance on childhood, supported by the recognition of the plasticity of personality, which went hand in hand with an immense deployment of therapies for “normal” adults, only ratified and perpetuated the dimension of sovereign power of the psychiatric device. At the end of World War II, as the situation of the US state asylums showed, they were rightly denounced and compared to Nazi concentration camps, as geographically delimited spaces where the dispossession of the bare life and exposure to violence with impunity reigned: torture, beatings, stripping of bodies, overcrowding, starvation, forced labor and murder at the hands of the caretakers. The solution that was foreshadowed, medicalizing them by massively incorporating —among others— modern “somatic cures”, including lobotomy, electroshock and insulin shock against the inmates’ will, was the most brutal nightmare against which we saw the first movements of ex-patients and ex-psychiatric inmates rise up in the early 1970s, in the midst of the shift towards deinstitutionalization and community mental health, both in North America and in Europe.

Moreover, through various attempts to achieve a “unified science of man”, initiated in the nascent 1930s, the paradigm of plasticity eventually became the nerve center around which the nascent *interdisciplinarity between the Anglo-Saxon technocratic human and social sciences* would operate, giving rise to projects of “human engineering” or “social engineering” that would complement the contributions of mental hygiene with those of functionalist sociology, social psychology and cultural anthropology. Its first

outstanding triumph, the universalist hypothesis of frustration-aggression born from the analysis of infantile temper tantrums, promised to explain and solve all kinds of social and interpersonal antagonisms: strikes, suicides, racial prejudice, sibling jealousy, lynchings, street fights, wife beating, and even war itself.

It was from this transdisciplinary paradigm of the plasticity of “human nature”, in its interweaving with eugenic rationality, that we saw the interdisciplinary project of *producing a world citizen* —not in its political sense but in that of its “common humanity”— being born after World War II and by the hand of Chisholm. A project through which “mental health” entered the intergovernmental sphere for the first time, thanks to the triumph achieved in the WHO Constitution. Particularly important was the consecration of the “human right”, not to medical care in case of illness or protection against disease, but to “health” (physical and mental) positively defined as “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. This “human right”, by virtue of the supremacism which —as I have shown— is inherent to it, and which is based on the notions of *fitness*, *efficiency*, and *optimization of the individual’s adjustment* to the given political, social, and moral environment, has been shown to be in contradiction with the most fundamental human right, the right to equality before the law and non-discrimination.

The project of producing a fully pacified, efficient, hard-working, self-controlled, democratic and internationalist “world citizenship”, flexible and adaptable to the change that progress would inevitably bring, was based on the idea that “human nature” is plastic and that the seed of war ultimately lies in the individual, in his poor mental health, in his neuroses harvested by bad “social engineering” of the personality. The hope that this project carried with it, though focused on childhood and adolescence, claimed opportunities to shape personalities at each and every one of the profoundly Western-centric “stages of human development” it proclaimed. The principles of mental health had to be inoculated into each and every institution for the health, education and welfare of individuals. In each and every State of the planet, it was also necessary to implement total institutions for the segregation of the “insane” and “mentally defective”, in addition to maternal and child services, services for the detection and early correction of all types of mental disorders and maladjustments, both infantile and adult. It was also necessary to penetrate factories, youth groups, diplomatic circles, all this in order to civilize the primitive, to produce self-controlled individuals capable of channeling frustration-aggression in favor of the “harmony of human relations”, destined to erase all social antagonism.

Ultimately, the “biopsychosocial engineering” of peace and human plasticity, taking the world-body as patient, on which the nodule of the normal and pathological establishes the value judgment of good and bad, of peace and war, operated under the assumption that, only by freeing humanity from its neuroses, disorders and mental maladjustments, it would be possible to prevent a World War III capable of ending human life on Earth. Individualization and pathologization, therefore, of the causes of war and of the horror and destruction achieved through the reactivation of the artificial synthesis of madness-social dangerousness. Implicit responsibility for the two great preceding wars was placed on those who, from the impotence of asylum confinement had been privileged victims of experimentation with new technologies of death, victims of systematic extermination, of deliberate starvation, torture, and beatings, “fresh meat” even —as we saw in the context of extreme famine and the Russian Civil War— ready to be handed over to cannibals and scavengers.

We approached *the impairment/disability paradigm* through its entry into the declarations and recommendations of the United Nations, attesting that it constituted a reconfiguration of the previous ones in the developmentalist matrix of the Welfare State, which implied the unlimited growth of the industrial sector, the full use of human resources, and therefore the participation of all members of society in productive work. It was precisely the demand for “full employment” that inaugurated the interest of the United Nations in the bodies considered “deficient” that had been captured —as that which could not be absorbed— between the mandate of work and the condemnation of idleness, as “invalids” and “incapable” of engaging in the mechanisms of social (re)production and industrial development. Unlike the paradigm of degeneration — which had aimed at extinguishing them from the face of the earth— the matrix of the Welfare State had reserved, as a complement to certain “preventive” eugenic practices, “social insurance” for “invalidity” or “incapacity” for work: a regime from which the administrative category of governance of disability was born, bringing together again a large part of the family of “abnormal” constitutive of the paradigm of degeneration.

Full employment implied that subjects marked as “defective” had to be made useful and productive members of society, through *rehabilitation and normalization*. Bodies socially coded as “invalid” and “incapable” for work had to be integrated into work itself, through the optimization of their aptitudes. The biopolitical then hovers over the bodies it has expelled as defective waste, taking as its first test subject the “mentally retarded”, so widely expanded by the generalization of the intelligence test, and already practically devoid of the threat of degeneration and social danger that had transmuted it into a born criminal. Nevertheless, the program of rehabilitation, normalization and maximization

of the aptitudes of subjects marked by “mental retardation” went hand in hand with the insertion of a state of exception to universal human rights. If their social functioning and adjustment were not satisfactory, all their human rights could be “restricted” or even “denied” by means of legal incapacitation, criminal non-imputability, and forced commitment and treatment. After all, we are dealing with a new reconfiguration of the “freedom conditioned” to social adjustment that half a century earlier had been discovered by mental hygiene.

Shortly thereafter, we saw the United Nations, in the same spirit of making the most of and optimizing the aptitudes of the great variety of subjects handicapped or disabled for various reasons and characterized as incapable of the fantasy of self-sufficiency and adjustment to normal social life, structuring their “deficiencies” on the basis of the Cartesian binarism into physical or mental faculties. This gesture generalized the state of exception envisaged for “mental retardation” to the category of “mental deficiency-impairment/disability”, reunifying around this category the old alienist distinction between “imbecility” and “mental illness”, and circumscribing the state of exception to human rights, to the field of “unreason” from which it had been born together with the psychiatric device. A fact that in the 1990s the Principles for the Protection of Persons with Mental illness and the improvement of Mental Health care (PMIMH) only ratified. However, completely forgetting the locus of optimization of aptitudes in the case of “mental illness” and focusing specifically on increasing the illusory judicial guarantees under which incapacitation, forced commitment and treatment, and criminal non-imputability are made possible.

Ultimately, the impairment/disability paradigm, based on a normative and optimal type of the human naturalized by biomedicine in terms of structures, psychological, behavioral, sensory, and bodily functions, appearances, abilities and even social roles, with respect to which the impaired/disabled subject is constituted as a defective or incomplete copy, combines elements of the three previous paradigms. For example a) from the paradigm of reason it reinstitutes the Cartesian binarism and its sovereign abyss; b) from the paradigm of degeneration it takes its operational basis on the deviation from the norm or “abnormality”, the distinction between congenital and acquired, and the broad set of eugenic preventive techniques aimed —among others— at preventing the birth of “deficient-impaired” subjects, and; c) the paradigm of plasticity integrates the interactive model of individual-environment adjustment or adaptation, and the rehabilitation and optimization of aptitudes rooted in the positive notion of health, also intertwined with the paradigm of degeneration.

Nevertheless, and to give a few examples, it will have expelled “race” as a constituent and explicit bar of inequality, which shaped the paradigms of reason and degeneration, I say explicit because “impairment” as a politically induced effect of the differential exposure of bodies to precariousness and violence imbricates with race, sex, and social class. Much later it expelled homosexuality and lesbianism —implicated in both the paradigm of degeneration and that of plasticity— which have been freed from their destiny as “impairments” of the “heterosexual function” and disabilities of the “marital role”.

I would now like to raise some reflections on what I have called *the sovereign abyss* that separates mental impairment from physical or corporeal impairment and that pivots on the paradigm of reason. This will contribute, on the one hand, to a deeper understanding of the psychiatric device and its differential logic of production of the human, and on the other hand, to make visible forms of production of the bare life that do not explicitly pass through the mechanism of sovereignty. In the case of psychiatric power, by virtue of its core of confluence between sovereignty and biopower, the “state of exception” —and the bare life that it produces and tends to concentrate in a geographically delimited space, that is, in the asylum or the psychiatric institution as “camp”— has corresponded to law, what the “constitutive exterior of the human” has corresponded to the positive production of a privileged and functional type of “the human” on the basis of a body-collective. Both concepts refer to what delimits the fact of belonging and pivot on the logic of exclusion-inclusion, establishing what is taken out of what emerges as unitary —the political community, the human— as that through which this unity is constituted and positivized.

This correspondence is implicit in the Agambemian approach, where the dispossession of the political —or the reduction to the merely biological life of the animal— is the dispossession of the fully human, as Arendt also showed. However, it has been particularly evident in this thesis because the analysis has tended to gravitate around the “political community of the human” par excellence, that is, around the domain of international law instituted by “human rights”, and because the correspondence between “juridical state of exception” and “constitutive exterior of the human” is, moreover, a defining characteristic of psychiatric power. The latter has only been able to produce a privileged and functional type of the human, through its constituent negatives, that is, through the delimitation of the pathological statutes in the order of the mental that *positivize* it, which constitute in their extreme the entry marks to the juridical state of exception and to the “bare life” on which the exercise of violence with impunity in the name of care is made possible.

Although the sovereign —legal— dispossession of political existence and the consequent reduction to the animal’s bare life necessarily leads to the dispossession of the fully human, this relationship —as the case of physical disability shows— does not always operate in reverse. That is, the dispossession of the fully human does not always lead to the juridical —or sovereign— reduction to the bare life. Ultimately what mediates this path is delimited by the topography of the dispossession itself, that is, by the attribute of which that body is dispossessed in relation to the “norm” or “essence” of the human, where the dispossession of reason is what marks the sovereign dispossession of the capacity for self-government, and with it, the *juridical* reduction to the bare life.

However, that does not mean that physically disabled persons cannot be, and in fact often are, thrown into liminal states of existence much closer to the animal’s bare life than to politically qualified life, even if by law their subject of law remains intact. The reduction to the nude life can become operative, in such cases, through the social and normative infrastructures of the *environment* —architectural, communicative, sensorial, etc.— that prevent *in exercise* political existence. To this materiality of the environment must be added the medical and hospitalization processes that in practice tend to reduce disabled existences to the merely-biological body on which they routinely intervene, often disregarding the person as an agent subject of their own care.⁵⁰⁵

On the emergence of the CRPD

This genealogy has also addressed, from a partial perspective, the *descents*, and *the constituent process of the CRPD*. In this line, the analysis has taken as an articulating axis the United Nations declarations and recommendations on human rights, “disability” and “mental illness”, and has gravitated around this axis key events of emergence, displacements, and drifts, on the one hand of the generic disability movement —born from the position of “physical impairment”— and on the other hand, of social movements self-managed by psychiatrized persons. This approach has made it possible to account for the differential historical constitution of these movements —in

⁵⁰⁵ This reflection has been nourished, as in general much of my work on physical disability, by the frequent intellectual and affective exchange with Laura Sanmiquel Molinero, a friend who lives in an embodied way the production of the physically disabled subject and is dedicated to generate knowledge about it through the key concept of liminality (García-Santesmases and Sanmiquel-Molinero, 2022). With her I have shared to a great extent the reflection around the production of the human and the liminal and dispossessed states of humanity. Our conversations are allowing us to deepen our understanding of the Cartesian mind/body-machine dividend that mediates the production of the modern individual, and which remains largely unexplored in critical disability studies, in turn hegemonically configured around it.

terms of political identity, human rights demands, epistemologies of struggle, mobilizing utopias, etc.— as well as some of the tensions, encounters and overlaps between them, up to their confluence and alliance with other disability groups in the constituent process of the CRPD.

It has become evident that both the generic disability movement and the movements of psychiatrized persons coincided from their starting point in opposing a medicalized and paternalistic system of oppression that involved forms of segregation, rejecting institutionalization, claiming the knowledge born of their own experience and their right to self-determination, as well as in organizing around the principle of self-management and mutual support, and in the fact that they have pivoted their struggles around the recognition of human rights. Both sought to shift the values of equality, freedom and dignity enshrined in the Universal Declaration to their respective domains, physical difference and mental and behavioral difference with respect to the same Western-centric and normative model of the human naturalized by biomedicine. However, the effects of power, knowledge, domination and subjectivation, which derived from this model and against which they fought, were differentially structured around the Cartesian binarism: between the *physical*, that is, the body-machine, and the *mental*, the seat of reason —of the psyche, of the soul— in charge of disciplining and governing it, a binarism on which medicine naturalized the paradigmatic biomedical-body of impairment-disability.

Given the differential effects of power, domination and subjectivation they faced, the collective identities, political demands, mobilizing utopias and epistemologies of struggle of these two social movements were not only differential, but also eventually in tension and contradiction. Broadly speaking, we saw how, against the interactive model of individual-environment adaptation of impairment/disability, the generic disability movement, which had a very good fit from the beginning with the United Nations —coinciding, among others, in the *primacy of the principle of access*, in the desire for integration and full participation in the various spheres of normal social life, including the central demand for the right to employment—, reversed the logic by launching the social model of disability, based on the recognition of a naturalized impairment. It is society and its architectural, sensory, and communicative infrastructures that must adapt or adjust to people with impairments and not people with impairments who must adjust to society. *Society ultimately disables people with impairments*, and the elimination of all social barriers that impede the full social participation of people with impairments is the utopia that signals the potential elimination of disability and its poverty aspect.

Against the primacy of the demand for *access to a normal social life*, ex-patients and ex-psychiatric inmates who faced not the segregation and cancellation of social and political existence anchored in the normative infrastructures of the environment, but a system of segregation and violence enshrined in the sovereignty of the law, and in the death of the subject of law, essentially carried demands based on a *principle of abolition*: of internment and forced treatment, of asylums and mental hospitals, of legal incapacitation, of criminal non-imputability and, in its initial and later more radical version, the abolition of psychiatry itself. This was precisely the mobilizing utopia that we find in the US and British beginnings, a utopia based on a Marxist epistemology and on the condemnation of psychiatry as an omniscient God at the service of capitalism. Primacy of the principle of abolition, complemented by a whole series of alternatives to the psychiatric and mental health system to navigate states of madness or extreme psychic suffering, free of coercion and violence and based on self-management and mutual support.

Notably, the demand for the right to employment, which was central to the generic disability movement, and around which the first formulation of a right to non-discrimination on the basis of disability emerged from the US field (*Rehabilitation Act* of 1973), was absent from the first movements of ex-patients and ex-psychiatric inmates. In fact, employment was part of the problem, either because of the dynamics of exploitation that induced extreme precariousness and suffering, or because employment identified the forced labor imposed in mental institutions.

In this line, the epistemology of struggle of the movements of psychiatrized persons was characterized from the beginning —unlike that of the generic disability movement— by the absolute rejection of any biological determinism and the emphasis on political and social factors in the causes of states of madness or extreme psychic suffering, aware that psychiatry had not been able —not even today— to naturalize in biomarkers the “diseases” and “mental disorders” that it attributed and under which the exercise of domination was made possible. Therefore, the category of “mental illness” and, by extension, the categories of mental “impairment” and “disability”, which were assimilated to the often-irreversible effects of the forced interventions —electroshock, neuroleptics, lobotomy, etc.— against which they were fighting, were also rejected outright. This rejection was only consolidated by the rise of biological determinism in psychiatry since the publication of the DSM-III in 1980, the basis on which the contemporary productive link between biomedical psychiatry and pharmaceutical neoliberalism in the public-private mental health market has been built, a link that has been pointed out, but little explored in this thesis.

Another difference between these two social movements was the differential *impact of consumerism*, so closely linked to the emerging deployment of neoliberalism. The generic disability movement, especially the North American one, relied on it from the beginning to establish its right to self-determination in the field of rehabilitation and independent living, claiming the sovereignty or choice of the consumer. On the contrary, for most veteran ex-patients and ex-psychiatric inmates, the irruption of consumerism into their movement in the mid-1980s, promoted by mental health agencies, meant a co-optation and depoliticization of their demands that gave rise to a whole new wave of activists who, against self-managed alternatives, demanded more mental health services, often accepting the medical model and without embracing the political demands of abolition. In response to this irruption of *consumers of mental health* we saw the emergence of the political identity of psychiatric survivors.

However, those same veterans who considered themselves survivors, among them Judi Chamberlin, were also able to take advantage of the new loudspeakers and forms of funding offered to *consumers* by mental health agencies to create international networks, meeting places and their own projects in which both currents came into contact with each other. By the end of the 1990s, after intense debates and internal disputes, both currents formed a common international front based on the political identities of users, ex-users and survivors of psychiatry, a front from which they created the agenda of struggle with which they arrived at the CRPD.

Broadly speaking, this agenda of struggle, starting with the incorporation of the principle of choice —of the consumer— and the consequent informed consent for treatment, tended to pivot on the self-determination of each person regarding the *use* or *refusal* of mental health services, taking up the historical demands for the abolition of legal inequality, including forced commitment and treatment, but implying the abandonment of the most radical and libertarian utopia: the abolition of psychiatry itself, which in any case was hardly achievable through its main front of struggle, the recognition of human rights: among which is the paradoxical right to mental health.

By the mid-1990s, it had already become evident within the movement of users and survivors that, whether they wanted to or not, they were considered by the United Nations as disabled persons, and that “disability” had acquired unprecedented recognition as an illegitimate ground for discrimination, something that, as we have seen, did not happen with “mental illness”, which was explicitly exempted from the principle of non-discrimination. It was precisely the anti-discrimination policies on the grounds of disability that made possible, first within some States, such as the United States and the United Kingdom, and later in the United Nations and other regional

agencies, the first meetings, confrontations and alliances between the generic disability movement and the movement of users and survivors of psychiatry: within which the tacit or strategic assumption of the disabled identity, especially where disability was defined by the underlying naturalized *impairment* was, as we saw in the case of the United Kingdom and Europe, the object of intense quarrels and disillusionment.

The analysis of the process of elaboration and interpretation of the CRPD, conducted in this work and centered around the advocacy of users and survivors, was focused on illuminating two key aspects: at the epistemological and ontological level, the emergence of the political category of “psychosocial disability” and, by extension, of the Convention’s definition of disability, and at the level of the political mandate, the construction and consolidation of the right to equal recognition before the law.

As we have seen, psychosocial disability was the category strategically chosen by users and survivors’ representatives of WNUSP to make the collective recognizable within the Convention and within the disability community, by abandoning the identity of “psychiatric disability” —which had been used in North America and was rejected as being linked to psychiatry—, and in opposition to the imposed categories of “mental illness” and “mental impairment/disability”.

However, the final text of the Convention, against IDC amendments, eventually assigned them the category of mental impairment/disability, while enshrining, also against multiple and persistent IDC amendments, the social model of disability based on the distinction between “long-term impairment” (as a natural substratum located in the person) and disability (as a result of the interaction between the person’s impairment and imposed social barriers). Subsequently, users’ and survivors’ organizations succeeded in getting the Committee to embrace and use the policy category of psychosocial disability, to recognize that the underlying impairment could be real or perceived/attributed, and that all persons to whom a mental “disorder” or “illness” is attributed are protected under this category by the Convention. However, and contrary to the definitions of psychosocial disability made by users and survivors, this category has an ambivalent status in the Convention which, contrary to its epistemology of struggle, and as a “long-term mental impairment” entails some risks in the contemporary and hegemonic landscape, on which I would like to raise some reflections.

Although we have not been able to go into this issue in depth, it is evident that biological determinism in psychiatry is currently linked to the neoliberal regime at the global level in the public-private mental health market. This entanglement links the accumulation of capital, the (re)production of the neoliberal normative subject and the depoliticization of psychic harm politically induced by the differentially distributed

exposure —according to sexist, classist, racist and ableist patterns— of bodies to precarity and violence in the same enterprise. The business, with pharmaceutical companies leading the list of global profits, is based on *producing and promoting* “mental disorders or illnesses” and assigning them biological causes in order to *induce* and preferably *chronify* the consumption of psychoactive drugs and other pharmaceutical products regardless of the deadly effect they may have. In this marketing regime, the impossibility of naturalizing the touted biological origin of “mental disorders or illnesses” that encompasses all the “biomarkers” explored, be they neurochemical imbalances, genes or alleged brain aberrations, does not seem to be a problem.

Against this articulation, at the epistemological level, the enshrinement in the Convention of “long-term impairment” facilitates the assimilation of psychosocial disability to the biologicist paradigm of “mental illness or disorder”. Given this possibility, it is important to prevent the hegemonic definition of psychosocial disability from crystallizing into the essentialist attribution of a long-term deficient and biological substrate, keeping alive the definitions of the collective of users and survivors itself and the history of struggle that led to its emergence.

To what extent this dispute over the meaning of psychosocial disability is taking place in different territorial contexts is a research question in itself, beyond the possibilities of this reflection. We have already seen how the political category of psychosocial disability is having a differential fit depending on the territory, tending to be more welcome in the Global South as the privileged political identity, and not merely as a strategic identity, in part and as shown by the constituent process of regional organizations in Africa (PANPPD) and to a lesser extent Asia Pacific (TCI-Asia, later TCI-Asia Pacific and currently TCI-Global), because the identities of “users” and “survivors” have a strong Western-centric component, insofar as they refer to the Global North where the first movements of ex-patients and ex-psychiatric inmates emerged and where mental health services widely capillarizes the social.

In the Spanish-speaking world it is not difficult to find examples of the assimilation of psychosocial-disability/biological-mental-illness. For example, in Mexico, against the definitions of members of the movement linked to *Documenta*, *SinColectivo* and the *Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial* as Víctor Lizama (2020), who conceptualizes and has promoted psychosocial disability as a product of forms of discrimination, stigmatization and violence against people who functionally diverge

from the norm, the Mexican government, through several of its organizations, has circulated definitions such as the following:⁵⁰⁶

may derive from a mental illness, which has biochemical and genetic factors, where symptoms usually present in adolescence and is not related to intellectual disability. It can be temporary or permanent and becomes a life-long condition (ISSSTE, 2019).

However, at the level of political mandate, “psychosocial disability” constitutes the effective recognition of a human rights subject that did not exist before, that could not be pronounced or claimed. As we have seen, under this legal category of recognition, the authoritative interpretation of Article 12 of the CRPD does justice to the historical political demands of users and survivors through the recognition of universal legal capacity. In addition, the CRPD as a whole enables the claim to independent living in the community and a wide range of economic, social and cultural rights. Its mandate has been fully embraced by regional organizations of the mad people, users, survivors, and people with psychosocial disabilities from all over the world.

The recognition of universal legal capacity closes a state of exception constitutive of modern democracy and the psychiatric device, subsequently universalized by the United Nations in the human rights regime whose essential ingredients are legal incapacitation, criminal non-imputability and forced commitment and treatment. This mandate calls for an end to a long history of discrimination, exposure to torture, abuse and violence that has been legitimized under the name of care, and which has been shown to be the most extreme counterpart of the (re)production of normative, andro-western-centric and functional patterns of the human in the spectrum of “mind” and behavior.

Fundamentally, Article 12 of the CRPD restores agency and freedom, establishing the limit that separates the exercise of power over a free subject—intrinsic to any social relationship—from the exercise of domination over a being objectified and reduced to impotence, having been constituted as a bare life, exempted from human rights, and thus thrown into a medical regime of violence with impunity under the mark of indistinction between care and violence. In addition to abrogating the “making dying politically” that partially forms the constitutive core of psychiatric power and of the paradoxical “human right to mental health”, its conceptualization of freedom and

⁵⁰⁶ For example, the 2016 campaign on the rights of persons with disabilities by the Veracruz State Human Rights Commission also defined it as one that “may derive from a mental illness and is composed of biochemical and genetic factors...” (CEDHV, 2016). On the other hand, the National Human Rights Commission, that same year defined it as “that suffered by people with “a diagnosis of mental disorder who have suffered the effects of negative social factors, such as stigma, discrimination and exclusion” taking as a reference the *Mental Health Action Plan 2013-2020* of the WHO (CNDH Mexico, 2016, p. 6)..

autonomy, while maintaining the anti-paternalistic “non-interference” obligation, recognizes that the exercise of agency is based on multiple relationships of interdependence, which include both other people and systems in which material, social and communicative infrastructures are imbricated, obliging States to implement support systems for the exercise of the human rights of persons with disabilities: supports that are conceived as a positive right, and therefore voluntary and refusable.

It has been beyond the scope of this thesis to address the reforms to which the Convention has given rise with respect to the mandate of equality before the law, which has been the center around which the analysis has pivoted. Some of the legislative reforms carried out in Latin America on legal capacity, particularly those of Peru, Colombia, Costa Rica and Mexico, are in line with the interpretative framework of the CRPD with regard to decision-making with legal effects —by derogating the figures of legal incapacitation and promoting support systems for decision-making—, but none of them has repealed the penal state of exception that operates through criminal unaccountability and security measures, and only the recent Mexican reform of the General Health Law (May 2022), has abolished legally and completely the practices of forced commitment and treatment in mental health.⁵⁰⁷ However, there is currently no State that has implemented in practice the abolition of forced commitment and treatment and established crisis support systems free of violence and coercion, to navigate experiences of madness or intense psychic suffering, which should follow a de-judicialized and de-medicalized approach.⁵⁰⁸

To give us an idea, in Spain the reforms to which the mandate for the recognition of universal legal capacity has given rise, have implied —among others— the recognition of

⁵⁰⁷ For a complete and updated report on the situation of legislative reforms and their state of implementation in Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Mexico, Nicaragua, Paraguay, Peru and Uruguay, see especially the recent regional report of the RedEsfera Latinoamericana por las Culturas Locas, la Diversidad Psicosocial, la Justicia, el Buen Vivir y el Derecho al Delirio (2023). On the Peruvian reform of legal capacity (Legislative Decree No. 1384 of September 4, 18) and its Mental Health Law (Law No. 30947, of May 24, 2019) which has not completely eliminated substitutive decisions nor involuntary commitment and treatment —maintaining them for “psychiatric emergencies” of between 12 to 72 hours— in non-criminal context, and also maintaining “security measures” in criminal cases, see the works of Vásquez Encalada (2021), Mikowitz (2021b) and Bregaglio Lazarte and Constantino Caycho (2022). A comparative analysis of legal capacity reforms in Costa Rica, Peru and Colombia can be found in Vásquez et al. (2022). On the Mexican reform, and particularly on the Decree that reforms, adds and repeals various provisions of the General Law of Health, on Mental Health and Addictions, of May 16, 2022, see also the balance made by Lizama and Gutiérrez Ramírez (2022), as well as the series of four talks organized by Documenta during the month of October 2022, *¿Y ahora qué? Con la salud mental*, available at: <https://www.youtube.com/playlist?list=PL9DqwudoWjqQF8Axp5Xh4UYYvwgRC8eQK>

⁵⁰⁸ This approach has been extensively developed by Minkowitz (2021a).

the right to vote for all persons with disabilities in 2018,⁵⁰⁹ the eradication of forced sterilization of judicially incapacitated persons —applied mainly to women— in 2020,⁵¹⁰ and the formal and still ineffective abolition of total legal incapacitation, that is, of submission to guardianship and, therefore, to the decisions of a third party in all areas of life, in 2021.⁵¹¹ However, this latest reform of civil and procedural legislation has maintained the possibility of imposing support against the will of the person in different spheres of life, which constitutes a perversion of the definition of support and a form of partial incapacitation. In addition, and contrary to the latest observations of the Committee to Spain (CRPD Committee, 2019) and the amendments we submitted from ActivaMent-Hierbabuena —which were consigned by a wide variety of collectives and civil society organizations—, ⁵¹² has kept intact the involuntary commitment and treatment on grounds of “psychic disorder”, including consent by representation, for interventions with profoundly disabling and traumatic effects such as electroshock, forced administration of powerful psychoactive drugs and mechanical restraint; all forms of violence, of medicalized torture, which affect the total being of the person subjected and his psychophysical integrity, sometimes irreversibly.⁵¹³

WHO was caught off guard by the CRPD mandate, not only by surprise, but also by working in a diametrically opposite direction. The same year in which the Convention was approved, WHO published, with the financial support of several governments and a large multinational pharmaceutical company —Johnson and Johnson— a *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* (OMS, 2006; WHO, 2005), whose sole objective was to perpetuate the state of exception to universal human rights, and to increase the illusory judicial guarantees that legitimize forced commitment and

⁵⁰⁹ Organic Law 2/2018, of December 5, 2018, for the amendment of Organic Law 5/1985, of June 19, 1985, on the General Electoral Regime to guarantee the right of suffrage of all persons with disabilities.

⁵¹⁰ Organic Law 2/2020, of December 16, 2020, amending the Penal Code for the eradication of forced or non-consensual sterilization of persons with disabilities who are judicially incapacitated.

⁵¹¹ Law 8/2021, of June 2, which reforms civil and procedural legislation to support persons with disabilities in the exercise of their legal capacity.

⁵¹² Pérez-Pérez, Beatriz, Tarancón Sánchez, Beatriz, Corominas, Tomás, Aguiar-Muñoz, Cristina, Sampietro, Hernán María, and Minkowitz, Tina. (2020). *Enmiendas de la Coalición ActivaMent-Hierbabuena “Proyecto de Ley por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica*. Coalición ActivaMent-Hierbabuena. Available in: <https://activament.org/es/2020/propuestas-enmienda-reforma-legislacion-civil-y-procesal-para-el-ejercicio-de-la-capacidad-juridica-de-las-personas-con-discapacidad/>. The civil society entities and groups that adhered can be consulted at: <https://www.activament.org/2020/propuestas-esmena-reforma-legislacion-civil-y-procesal-para-el-ejercicio-de-la-capacidad-juridica-de-las-personas-con-discapacidad/>.

⁵¹³ Forced commitment and treatment in Spain are included in Article 9 of Law 41/2002, of November 14, 2002, which regulates the “limits of informed consent and consent by representation” and in Article 763 of Law 1/2000, of January 7, 2000, of Civil Procedure, which regulates “non-voluntary commitment due to psychic disorder”.

treatment, legal incapacitation and criminal unaccountability. However, WHO's position has been changing.

Its 2021 publications on mental health reveal, in their substance, a cautious and ambivalent position, which reflects the dispute in the human rights regime over the abolition of involuntary commitment and treatment. The most visible of these, the *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030* (WHO, 2021a) and the *Mental Health Atlas 2020* (WHO, 2021c) allowed the interpretation of human rights in the field of mental health action based on binding and contradictory human rights instruments regarding the abolition of involuntary commitment and treatment, including the CRPD and the International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR), whose Human Rights Committee—as we saw—dissociated itself from the CRPD's mandate of equality before the law by seeking to perpetuate forced commitment and treatment based on the criterion of risk of harm to self or others (Human Rights Committee, 2014, para. 19).

On the other hand, the Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services (WHO, 2021b) is a guide openly based on the recognition of universal legal capacity, and developed with the participation of activists from the movement of users, survivors and persons with psychosocial disabilities. However, this material is presented on the WHO website as a guide aimed at “all stakeholders who *wish to* develop or transform their mental health system and services to align them with international human rights standards, *including* the CRPD” (emphasis mine, WHO, 2021d). More recently in April 2022, and in the framework of the *WHO QualityRights* initiative it launched in 2012, WHO made the global launch of the WHO QualityRights Toolkit e-Training on Mental Health, Recovery and Community Inclusion, whose online training modules embrace the CRPD mandate and “cover a wide range of topics in the fields of mental health, human rights, legal capacity, recovery and ending coercion” (OMS, 2022, p. 4).

The abolition of forced internment and forced treatment is being contested within the human rights regime also within the framework of the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine which entered into force in 1999 (hereinafter Oviedo Convention). This is the only legally binding international instrument on the protection of human rights in the biomedical field and has been ratified by 29 Member States of the Council of Europe.⁵¹⁴ In 2014 the Council of Europe Committee on Bioethics undertook a Draft

⁵¹⁴ See the status of signatures and ratifications at: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=signatures-by-treaty&treatynum=164>.

Additional Protocol to the Oviedo Convention on “the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders in relation to involuntary placement and involuntary treatment” which, contrary to the mandate of the CRPD, seeks to perpetuate them under the criterion of risk of harm to self or others (Council of Europe Committee on Bioethics, 2018) following the precedent set by the Human Rights Committee of the ICCPR (2014, para. 19), and taking up both the criterion par excellence that in 1991 discursively universalized the PMIMH.⁵¹⁵

The adoption of this additional protocol has been suspended until the end of 2024 thanks to the intense campaign against its adoption launched by several European organizations, including ENUSP, that is, the regional organization of (ex-)users and survivors,⁵¹⁶ the European Disability Forum, and Mental Health Europe;⁵¹⁷ campaign also supported by several UN special rapporteurs, and the CRPD Committee itself (Steinerte et al., 2017).

On the question of justice and reparation

In any case, what is clear is that the field of state action in mental health has historically been constituted in response to the recognition of the “human right to mental health”, as a state of exception to the most fundamental universal human rights, in which the death of the subject of law has made possible the exercise of violence with impunity in the name of care. The fact that now “human rights violations in mental health services are rife and occur with impunity” in both the global north and the global south, as the UN Special Rapporteur on the right to health asserted (Puras, 2017b, para. 53), is largely the responsibility of the United Nations, as the human rights-defining body par excellence that exempted the psychiatric categories of *mental* “retardation”, “impairment”, and “illness” from human rights.

We are now facing the potential consolidation of a double standard in the human rights regime whereby States may decide, in particular, whether to maintain or eradicate the practices of forced commitment and treatment, depending on whether they take as a reference the ICCPR or the CRPD, both legally binding human rights instruments emanating from the United Nations, which have been widely ratified in both the global North and South.

⁵¹⁵ See Chapters XVII and XVIII.

⁵¹⁶ On the ENUSP campaign, see: <https://enusp.org/2018/05/29/draft-additional-protocol-to-the-oviedo-convention-related-materials/>.

⁵¹⁷ On the European campaign led by the European Disability Forum and Mental Health Europe, see: <https://www.withdrawoviedo.info/join/>

The UDHR, which is the foundation of all international human rights law, and which as such acquired legally binding value as customary international law, despite being ontologically based on the paradigm of reason, was very clear in this respect in its article 7 on equality before the law, the article in which it reached the highest degree of reflexivity:

All are equal before the law and are entitled without any discrimination to equal protection of the law. All are entitled to equal protection against any discrimination in violation of this Declaration and against any incitement to such discrimination.

In addition, in its article 28 it established:

Everyone is entitled to a social and international order in which the rights and freedoms set forth in this Declaration can be fully realized.

Recently, the CRPD Committee in the context of the Guidelines on deinstitutionalization has regulated the right of survivors of institutionalization — including forced institutionalization and treatment— to seek remedies and reparations from their States (CRPD Committee, 2022, paras. 115-123). A right that had been intensely claimed and thought by leaders of the movement of users, survivors and persons with psychosocial disabilities linked to the Campaign to Support CRPD Absolute Prohibition of Commitment and Forced Treatment (2016-present),⁵¹⁸ among them lawyers Tina Minkowitz (2012b, 2021a, 2021b) and Hege Orefellen (2015).

The right to remedy and reparation, which has several sources, has been regulated in Basic Principles and Guidelines adopted by the United Nations General Assembly on December 16, 2005.⁵¹⁹ These, recalling the Universal Declaration of Human Rights as the first instrument, appeal —among others— to customary international law of which it forms part, and make it clear that:

apply to gross violations of international human rights law and serious violations of international humanitarian law [...] *recognizing* that, in honouring the victims' right to benefit from remedies and reparation, the international community keeps faith with the plight of victims, survivors and future human generations and reaffirms the international legal principles of accountability, justice and the rule of law (original emphasis, Preamble, paras. 6 and 11).

⁵¹⁸ See: <https://www.absoluteprohibition.org/>

⁵¹⁹ United Nations General Assembly. (2005). *Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law*. United Nations. Available at: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-and-guidelines-right-remedy-and-reparation>

The Basic Principles and Guidelines were developed on the basis of State responsibility but there was debate about this and “It was generally felt that non-State actors are to be held responsible for their policies and practices, allowing victims to seek redress and reparation on the basis of legal liability and human solidarity” (van Boven, 2010, p. 4). So finally, the Basic Principles and Guidelines, although very focused on State responsibility, also recognize the possible responsibility of “natural persons”, “legal persons” or “other entities” in the obligation to provide reparation (Principle 15). These Basic Principles define *direct* victims as:

persons who individually or collectively suffered harm, including physical or mental injury, emotional suffering, economic loss or substantial impairment of their fundamental rights, through acts or omissions that constitute gross violations of international human rights law, or serious violations of international humanitarian law (Principle 8).

This definition perfectly captures the harm suffered by people who have been victims and survivors of current and historical psychiatric violence. A violence that has operated under the “substantial impairment” of their fundamental rights, but also under the legitimization of the *suspension* or effective *annulment* of these rights from the human rights regime. We are talking about people who in the name of care and protection have been thrown into regimes of violence with impunity in the international sphere, where the dispossession of their political existence and of the protections conferred by the recognition of human rights has led to multiple forms of abuse, mistreatment, violence and dispossession, some of them explicitly legitimized by the human rights regime, others as a consequence of the exception, to the extent that the reduction to a merely biological life constitutes the subject in the perfect target on which anyone can exercise sovereign power.

To give us an idea, and without wishing to exhaust the possible, we are talking about people who have been systematically subjected to forms of medicalized torture, to forced medical interventions aimed at controlling them and reducing them to impotence, interventions that cause “physical and mental injuries” often irreversible and deep “emotional suffering”. We are talking about the victims and survivors of lobotomy, electroshock, insulin shock and forced sterilization. We are talking about people that the different variants of eugenics coincided in wanting to wipe off the face of the earth, about some of the first victims of mass and systematic extermination during Nazism.

We are talking about those who suffer profound injuries derived from the forced and continuous administration of psychoactive drugs, such as neuroleptics, capable of suppressing all will and agency, of reducing thought and feeling to their minimum

expression, of inducing profound effects of zombification and indifference, of producing various organic diseases and premature death, capable of interrupting forever a person's life trajectory and reducing him/her to a passive subject of chronic consumption for the benefit of the pharmaceutical industry.

We are talking about those deprived of their liberty and institutionalized for life, those who are not allowed to decide on any aspect of their own lives, those who have been subjected to solitary confinement measures as "treatment", those who have been and are reduced to impotence through mechanical and chemical restraint. We are talking about those who have not survived these practices of violence that come under the legitimization of care, about those who die during police reduction aimed at committing them to a psychiatric unit or during mechanical or chemical restraint. We are talking about those who die every day because of an organic disease, because their word lacks truth value and their health complaints have not been answered. We are talking about those who choose to give themselves death in the face of a cycle of State violence that they cannot stop, in the face of the threat of forced commitment and treatment, or a life of confinement, institutionalization or incapacitation. We are talking about people who survive with deep trauma, terrified of such a possibility. We are talking about those who, by virtue of colonial laws and poverty, by virtue of the universalization of "mental illness", have survived and died, survive and die, caged and chained, sometimes with animals, in communities and in asylum institutions.

We are also talking about women who have been deprived of parental custody of their children after a diagnosis of "mental disorder" when they have been their main caregivers; of those who have been and are being raped and abused with impunity in custody by their caregivers; of those murdered by their partners because their psychiatric diagnosis has functioned as a criterion for exclusion from access to protection services for victims of gender-based violence, or because their word has not been given credibility. We are talking about those who have been prevented, and continue to be prevented, from voting, from testifying in court, from having access to a fair trial when accused of a criminal offense with the guaranteed psychiatric conviction of deprivation of liberty and forced medicalization.

We are saying that many of these practices have been, and continue to be, legitimized responses to extreme psychic suffering, to the divergence of a normative and (andro)westernocentric pattern of the human, to unusual states of consciousness that destabilize the ideal of enlightened reason. We are, after all, talking about people who have been, and continue to be, taken out of the right to the human under the sign of the indistinction between violence and care. People who often resist and face multiple forms

of oppression and exposure to violence such as racism, gender violence, precariousness and poverty, child and adult ableism, heterosexism or transphobia, forms of violence whose effects have been reproduced, invisibilized and individualized through psychiatric diagnosis.

How to repair the damage caused by a state of exception that has legitimized the exercise of violence in the name of care, that has become integral to the rule of law and democracy that, against the universal principles of equality, freedom and dignity, has been universalized from the regime of human rights until well into the 21st century? Where to place the responsibilities?

It is clear that, since the entry into force of the CRPD and for States that have ratified it, victims and survivors of psychiatric violence are entitled to the right to remedy and reparation. However, given the social acceptability of these forms of violence, given the State laws that legitimize them, given the contradictions existing in binding human rights instruments... Can such claims succeed? What about the harm inflicted before the entry into force of the CRPD? What about historical justice?

Can the state of exception that has been inserted into human rights by attribution of *mental* “retardation”, “impairment” and “illness” be recognized as a “manifest violation of international human rights law” and more particularly of its foundation, the UDHR? Was it not precisely the United Nations that had the obligation to establish “a social and international order in which the rights and freedoms set forth” in that declaration would be fully realized?

Although this is an unprecedented situation in history, does it make sense, and is it strategically appropriate, for victims and survivors of psychiatric violence to call upon the United Nations to acknowledge its responsibility and to conduct some form of reparation from the international sphere?

«Full and effective reparation» for gross violations of international human rights law, according to the UN Basic Principles and Guidelines, can be sought from legal entities and takes five forms: restitution, compensation, rehabilitation, satisfaction, and guarantees of non-repetition (principles 19-23). I will not dwell on all of them, which are intended as State reparations, and will focus only on some of the elements of satisfaction and guarantees of non-repetition that I believe could apply to the United Nations (principles 22 and 23).

A possible reparation by the United Nations for victims and survivors of psychiatric violence could include the following elements: to publicly and fully disclose the processes by which the United Nations General Assembly exempted from universal human rights and the protections they confer to people with psychiatric diagnoses —

mental retardation-impairment-illness-disorder—; to verify and to make visible the forms of unpunished violence that this made possible throughout the second half of the 20th century; to guarantee public apology and to assume its historical co-responsibility in the current situation; to commemorate and to pay homage to the victims and survivors; as well as to declare their dignity and human condition, and above all; to guarantee non-repetition, which should include the revision and reform of binding international human rights laws and its authoritative interpretations—including the ICCPR—to abolish the state of exception, harmonizing them with the only binding human rights instrument that has already done so, the CRPD. Of course, this is only an idea of reparation, social justice, and historical memory deeply consistent with the findings of this thesis, that in any case should be matured, deepened and strategically evaluated by international organizations of victims and survivors of psychiatric violence.

REFERENCIAS

- 10th ICHRP. (1982). *Statement of Principles from the 10th Annual International Conference on Human Rights and Psychiatric Oppression*. MindFreedom International. Disponible en: <https://mindfreedom.org/kb/act/movement-history/1982-principles/>
- Abberley, Paul. (1987). The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability. *Disability, Handicap & Society*, 2(1), 5-19. <https://doi.org/10.1080/02674648766780021>
- ACNUDH. (2018). *70 años después de la Declaración Universal de Derechos Humanos: 30 artículos sobre los 30 artículos - Artículo 28*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23997&LangID=S>
- Ad Hoc Committee. (2003). *Report of the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities (A/58/118 y Corr.1)*. Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities.
- Ad Hoc Committee. (2006a). *Final report of the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities (A/61/611)*. Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities.
- Ad Hoc Committee. (2006b). *Interim report of the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities on its eighth session (A/AC.265/2006/4)*. Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities.
- Ad Hoc Committee. (2006c). *Revisions and amendments at the Eighth Session of the Ad Hoc Committee: Compilation of proposals received from Government delegations electronically, Revised as of 23 August 2006, 6 pm*. Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities.
- Adams, Matthew Lloyd. (2009). Herbert Hoover and the Organization of the American Relief Effort in Poland (1919-1923). *European journal of American studies*, 4(2). <https://doi.org/10.4000/ejas.7627>
- Adrian, Lord. (1964). Frederick Norman White, 1877-1964. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 176(4493), 1093-1097. <https://doi.org/10.1093/trstmh/58.4.367>
- Agamben, Giorgio. (2019). *Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida*. Pre-Textos.
- Aginam, Obijiofor. (2003). The Nineteenth Century Colonial Fingerprints on Public Health Diplomacy: A Postcolonial View. *Social Justice & Global Development Journal*, 1.
- Agüero de Trenquallye, María José. (2017). *Salud Mental y Ciudadanía. La composición de un Nosotros*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Albrecht, G. L., Seelman, K. D., y Bury, M. (Eds.). (2001). *Handbook of Disability Studies*. Sage Publications.

- Alcalá, Humberto Nogueira. (2009). Consideraciones sobre poder constituyente y reforma de la constitución en la teoría y la práctica constitucional. *Ius et Praxis*, 15(1), 229-262. <https://doi.org/10.4067/S0718-00122009000100007>
- Alexander, Jennifer Karns. (2008). *The mantra of Efficiency: From Waterwheel to Social Control*. The Johns Hopkins University Press.
- Alternatives Conference. (s. f.). *Our History—Alternatives Conference*. Recuperado 18 de marzo de 2023, de <https://www.alternatives-conference.org/our-history>
- Álvarez-Uría, Fernando. (1983). *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del s. XIX*. Tusquets editores, Cuadernos Ínfimos.
- Álvarez-Uría, Fernando. (2014). *El reconocimiento de la humanidad. España, Portugal y América Latina en la génesis de la modernidad*. Morata.
- Álvarez-Uría, Fernando, y Varela, Julia. (1994). *Las redes de la psicología*. Libertarias/Prodhufi.
- Álvarez Peláez, Raquel. (1985). *Sir Francis Galton, padre de la eugenesia*. Centro de Estudios Históricos.
- Ambrosius, Lloyd E. (1987). Woodrow Wilson's Health and the Treaty Fight, 1919–1920. *The International History Review*, 9(1), 73-84.
- Amrith, Sunil S. (2006). *Decolonizing International Health*. Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1057/9780230627369>
- Anderson, Jill, Sapey, Bob, y Spandler, Helen (Eds.). (2012). *Distress or Disability? Proceedings of a symposium held at Lancaster University, 15-16 November 2011 Published*. Centre for Disability Research.
- Angell, James R. (1929). Yale's institute of human relations. *Religious Education*, 24(6), 583-588. <https://doi.org/10.1080/0034408290240614>
- Anonymous. (1942). Comment: Euthanasia. *American Journal of Psychiatry*, 99(2), 141-143. <https://doi.org/10.1176/ajp.99.2.303>
- Anthropologist Finds Psychological Seed of War in Baby Spanking, January 5, 1941. (1941). *The Boston Sunday Globe*, 2.
- APA. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. American Psychiatric Association & Mental Hospital Service.
- Appelbaum, Paul S. (2019). Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities — from itself. *World Psychiatry*, 18(1), 1-2. <https://doi.org/10.1002/wps.20583>
- Arbour, Louise. (2007). *Opening address of the High Commissioner at the High-Level Dialogue to mark the occasion of the opening for signature of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 30 March 2007*. United Nations.
- Arendt, Hannah. (1999). *Los orígenes del totalitarismo*. Taurus.
- Arendt, Hannah. (2003). *La condición humana*. Paidós.
- Arendt, Hannah. (2018). *Eichmann en Jerusalén*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Aristóteles. (2016). *Política* (Traducción de Patricio de Azárate). Titivillus.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada en la resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948*.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1966a). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966*.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1966b). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966*. 1-10.

- Asamblea General de Naciones Unidas. (1969). *Declaración sobre el progreso y el desarrollo en lo social, proclamada en la resolución 2542 (XXIV), de 11 de diciembre de 1969.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1971). *Declaración de los derechos del Retrasado Mental, proclamada en la resolución 2856 (XXVI) de 20 de diciembre de 1971.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1974a). *Declaración sobre el establecimiento de un nuevo orden económico internacional, proclamada en la resolución 3201 (S-VI), de 1 de mayo del 1974.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1974b). *Programa de acción sobre el establecimiento de un nuevo orden económico internacional, resolución 3202 (S-VI), de 1 de mayo del 1974.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1975a). *Declaración de los Derechos de los Impedidos, proclamada en la resolución 3447 (XXX) de 9 de diciembre de 1975.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1975b). *Declaración sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en interés de la paz y en beneficio de la humanidad, proclamada en la resolución 3384 (XXX), de 10 de noviembre de 1975. 135-136.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1976a). *Año internacional de los impedidos, resolución 31/123 de la 102a. sesión plenaria, del 16 de diciembre de 1976.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1976b). *Protección de los derechos humanos en Chile, 102a. sesión plenaria, resolución 31/124 del 16 de diciembre de 1976.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1981). *Año internacional de los impedidos, resolución 36/77 de 8 de diciembre de 1981.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1982a). *Ejecución del Programa de Acción Mundial para los Impedidos, resolución 37/53 del 3 de diciembre del 1982.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1982b). *Programa de Acción Mundial de los Impedidos, resolución 36/77 adoptada el 8 de diciembre de 1981.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1993). *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, resolución 48/96 de 20 de diciembre de 1993.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (2001). *Convención internacional para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, 56/168 de 19 de diciembre de 2001.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (2005). *Principios y Directrices Básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, resolución 60/147 de 16 de diciembre de 2005.*
- Asamblea General de Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, resolución 61/106 de 13 de diciembre de 2006.*
- Psychiatry and the State of Exception Abstract Spoken-Paper Text. *International Congress on Law and Mental Health, Panel "Shifting Power: Human Rights Law Confronts State and Psychiatry", 21-27 June 2019., June, 7.* Disponible en: <https://nd.academia.edu/LeahAshe>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, Confederación de Salud Mental de España, Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental-En Primera, y Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en Primera Persona. (2016). *Manifiesto de Cartagena*

por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción, en Cartagena a 3 de Junio de 2016.

- Assemblée nationale constituante. (1971). *Constitution française de 1791, décret de l'Assemblée nationale constituante du 3 septembre 1791 (AE/I/10/1)*. Les collections du Musée des Archives Nationales.
- Bacchi, Carol. (2009). *Analysing Policy: what's the problem represented to be?* Pearson Australia.
- Bachrach, Susan. (2004). In the Name of Public Health — Nazi Racial Hygiene. *New England Journal of Medicine*, 351, 417-419. <https://doi.org/10.1056/NEJMp048136>
- Backes, Dirce Stein, Koerich, Magda Santos, y Erdmann, Alacoque Lorenzini. (2007). Humanizing care through the valuation of the human being: Resignification of values and principles by health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 34-41. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100006>
- Bailey, Pearce, y Harber, Roy. (1920). Mental Deficiency: Its Frequency and Characteristics in the United States as Determined by the Examination of Recruits. En *Mental Hygiene: Volume IV* (pp. 564-596). National Committee for Mental Hygiene.
- Bakker, Nelleke. (2020). Child guidance, dynamic psychology and the psychopathologisation of child-rearing culture (c. 1920-1940): a transnational perspective. *History of Education*, 49(5), 617-635. <https://doi.org/10.1080/0046760X.2020.1748727>
- Balaguer, Asun Pié, y Blanch, Jordi Solé. (2018). *Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad*. Icaria.
- Balińska, Marta Aleksandra. (1995). Assistance and not mere relief: the Epidemic Commission of the League of Nations, 1920–1923. En *International Health Organisations and Movements, 1918–1939* (pp. 81-108). Cambridge University Press.
- Bangay, Frank. (2010). *Between 1985 conferences* (Email from Frank Bangay 3.4.2010). Survivors History Group. Disponible en: <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#Between1985conferences>
- Bar, Karl-Jurgen, y Ebert, Andreas. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2), 191-192. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64591>
- Barnes, Colin, y Mercer, Geof. (2005). Understanding impairment and disability: towards an international perspective. En Collin Barnes y Mercer Geof (Eds.), *The Social Model of Disability: Europe and the Majority World* (pp. 1-16). The Disability Press.
- Barona, Josep Lluís. (2013). *The Rockefeller Foundation and the League of Nations: Cooperation in International Health*. Rockefeller Archive Center.
- Barona, Josep Lluís. (2014). *La medicalización del hambre. Economía política de la alimentación en Europa, 1918-1960*. Icaria.
- Bartlett, J., y Chao, D. (Eds.). (2019). *El gobierno como problema: objetos y abordajes en clave de gubernamentalidad*. TeseoPress.
- Bashford, Alison. (2010). Internationalism, Cosmopolitanism, and Eugenics. *The Oxford Handbook of The History of Eugenics*, April 2018, 1-23. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195373141.013.0009>
- Bauer, Renate. (2001). Freedom of Thought? *Conference on Freedom of Thought*. Disponible en: <https://www.freedom-of-thought.de/>
- Baur, Erwin, Fischer, Eugen, y Lenz, Fritz. (1921). *Grundriss der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene*. J. F. Lehmanns Verlag.

- Baur, Erwin, Fischer, Eugen, y Lenz, Fritz. (1923). *Grundriss der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene*. J.F. Lehmanns Verlag.
- Baur, Erwin, Fischer, Eugen, y Lenz, Fritz. (1936). *Menschliche Erblehre und Rassenhygiene*. J.F. Lehmanns Verlag.
- Beaupert, Fleur. (2018). Silencing Prote(x)t: Disrupting the Scripts of Mental Health Law. *University of New South Wales Law Journal*, 41(3). <https://doi.org/10.53637/LMKR9909>
- Beers, Clifford W. (1908). *A mind that found itself*. Longmans, Green, and Co.
- Beers, Clifford W. (1921). *A mind that found itself*. (Fifth edit). Longmans, Green, and Co.
- Benedict, Susan, y Chelouche, Tessa. (2008). Meseritz-Obrwalde: a 'wild euthanasia' hospital of Nazi Germany. *History of Psychiatry*, 19(1), 68-76. <https://doi.org/10.1177/0957154X07082567>
- Beresford, Peter. (2000). What Have Madness and Psychiatric System Survivors Got to Do with Disability and Disability Studies? *Disability & Society*, 15(1), 167-172. <https://doi.org/10.1080/09687590025838>
- Beresford, Peter. (2015). Distress and disability: not you, not me, but us? En *Madness, distress and the politics of disablement* (pp. 245-260). Policy Press Bristol.
- Beresford, Peter, Gifford, Gloria, y Harrison, Chris. (1996). What has disability got to do with psychiatric survivors? En John Read y Jill Reynolds (Eds.), *Speaking Our Minds: personal experience of mental distress and its consequences* (pp. 209-214). Macmillan.
- Beresford, Peter, y Russo, Jasna. (2016). Supporting the sustainability of Mad Studies and preventing its co-option. *Disability and Society*, 31(2), 270-274. <https://doi.org/10.1080/09687599.2016.1145380>
- Beresford, Peter, y Russo, Jasna (Eds.). (2022). *The Routledge International Handbook of Mad Studies*. Taylor & Francis.
- Beresford, Peter, y Wallcraft, Jan. (1997). Psychiatric System Survivors and Emancipatory research: Issues, overlaps and differences. En *Doing Disability Research* (pp. 66-87). The Disability Press.
- Bernstein, Charles. (1920). Colony and extra-institutional care for the feeble-minded. En *Mental Hygiene: Volume IV* (pp. 1-28). The National Committee for Mental Hygiene.
- Bertolote, José M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 6(2), 113-116.
- Beveridge, William H. (1942). *The Beveridge Report: Social Insurance and Allied Services, Report by Sir. William Beveridge*. British Library.
- Biddiss, Michael D. (1966). Gobineau and the Origins of European Racism. *Race & Class*, 7(3), 255-270. <https://doi.org/10.1177/030639686600700303>
- Binding, Karl, y Hoche, Alfred. (1922). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*. Verlag von Felix Meiner in Leipzig.
- Biraud, Yves. (1944). Suggestions for the Post-War Amalgamation of International Health Institutions, 25 October 1944. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation (R6150/8A/42169/41755)*. United Nations Library & Archives Geneva.
- Blackburn, Christopher. (2021). When Typhus Rode a Red Horse: Weaponizing Disease During the Polish-Bolshevik War. *Przegląd Historyczno-Wojkowy*, 22(2), 87-112. [https://doi.org/10.32089/wbh.phw.2021.2\(276\).0003](https://doi.org/10.32089/wbh.phw.2021.2(276).0003)
- Blanc, Olivier. (2014). *Marie-Olympe de Gouges : 1748-1793 : des droits de la femme à la guillotine*. Tallandier.
- Blanchot, Maurice. (2008). *La conversación infinita*. Arena Libros.

- Blanckaert, Claude. (1996). Le “manuel opératoire” de la raciologie : Les instructions aux voyageurs de la Société d’Anthropologie de Paris (1860-1885). En *Le terrain des sciences humaines : Instructions et enquêtes, XVIIIe-XXe siècle* (pp. 139-173). Éditions L’Harmattan.
- Blanckaert, Claude. (2009). *De la race à l’évolution : Paul Broca et l’anthropologie française, 1850-1900*. Éditions L’Harmattan.
- Blanton, C. K. (2000). “They cannot master abstractions, but they can often be made efficient workers”: Race and class in the intelligence testing of Mexican Americans and African Americans in Texas during the 1920s. *Social Science Quarterly*, 81(4), 1014-1026.
- Boadella, Arcadi Oliveres. (1982). La Conferencia de Naciones Unidas sobre países menos avanzados, en la perspectiva del dialogo Norte-Sur y del Nuevo Orden Económico Internacional. *Afers Internacionals*, 0(primavera), 151-167.
- Borowy, Iris. (2009). *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organisation 1921-1946*. Peter Lang.
- Bostick, M. Renee. (1984). Establishing the direction of a national advocacy organization: advocacy action agenda. *The Rights Tenet*, December.
- Bourdelaïs, Patrice. (2006). *Epidemics Laid Low: A History of What Happened in Rich Countries*. Johns Hopkins University Press.
- Bouza, Jerónimo. (2002). *El hombre como problema. Filosofía, ciencia y subversión en la antropología del siglo XIX*. Ediciones del Serbal.
- Brandt, Willy. (1980). *North South: A Programme for Survival. The Report of the Independent Commission on International Development Issues under the Chairmanship of Willy Brandt*. Pan Books.
- Bregaglio Lazarte, Renata Anahí, y Constantino Caycho, Renato Antonio. (2022). La capacidad jurídica en el derecho peruano. Análisis cualitativo de las decisiones judiciales de restitución de capacidad jurídica y designaciones de apoyo en aplicación del Decreto 1384. *Revista de Derecho Privado*, 44, 15-47. <https://doi.org/10.18601/01234366.44.02>
- Bridges, J. R. (1928). The Mental Hygiene Movement. *The Public Health Journal*, 19(1), 1-8.
- Brody, Eugene B. (1998). *The Search for Mental Health: A History and Memoir of WFMH 1948-1997*. Williams & Wilkins.
- Brody, Eugene B. (2004a). Harry Stack Sullivan, Brock Chisholm, Psychiatry, and the World Federation for Mental Health. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 67(1), 38-42. <https://doi.org/10.1521/psyc.67.1.38.31250>
- Brody, Eugene B. (2004b). The World Federation for Mental Health: its origins and contemporary relevance to WHO and WPA policies. *World Psychiatry*, 3(1), 54-55.
- Bryson, Dennis. (2015). Mark A. May: Scientific administrator, human engineer. *History of the Human Sciences*, 28(3), 80-114. <https://doi.org/10.1177/0952695115578370>
- Buelzingsloewen, Isabelle von. (1997). *L’hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l’Occupation*. Aubier.
- Buelzingsloewen, Isabelle von. (2005). «Morts d’inanition»: Famine et exclusions en France sous l’Occupation. Presses universitaires de Rennes.
- Bulmer, Martin, y Bulmer, Joan. (1981). Philanthropy and social science in the 1920s: Beardsley Ruml and the Laura Spelman Rockefeller memorial, 1922-29. *Minerva*, 19(3), 347-407. <https://doi.org/10.1007/BF02192822>
- Burkart, Jonah. (2022). Disease, Vermin, and Anti-Semitism: The Significance of Epidemic Typhus in Eastern Europe, 1916-1942. *The Ascendant Historian*, 2, 12-22.
- Burke, Donald S. (2017). *Origins of the WHO Definition of Health: Pittsburgh Threads, 24 January 2017*. University of Pittsburgh; C.F Reynolds Medical History Society.

- Burleigh, Michael. (1994). *Death and Deliverance: "Euthanasia" in Germany 1900-1945*. Cambridge University Press.
- Burleigh, Michael, y Wippermann, Wolfgang. (1991). *The Racial State: Germany 1933-1945*. Cambridge University Press.
- Burnham, William H. (1918). The Scope and Aim of Mental Hygiene. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 179(25), 749-755. <https://doi.org/10.1056/NEJM191812191792501>
- Burstow, Bonnie. (2005). Feminist antipsychiatry praxis—Women and the movement (s): A Canadian perspective. *Women, madness and the law: A feminist reader*, 245-258.
- Busch, Isolde M., Moretti, Francesca, Travaini, Giulia, Wu, Albert W., y Rimondini, Michela. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 12(5), 461-474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Butler, Judith. (2002). *Cuerpos que importan*. Paidós.
- Butler, Judith. (2021). *La fuerza de la no violencia*. Ediciones Paidós.
- Calvin Irvin Saxton. (1995). *Educating for worldmindedness: the theories of Harry Stack Sullivan, Ruth Benedict, and Brock Chisholm: 1945-1950* (p. 274).
- Campbell, Fiona Kumari. (2001). Inciting Legal Fictions: «Disability's» date with Ontology and the Ableist Body of Law. *Griffith Law Review*, 10(1), 42-62.
- Campbell, Fiona Kumari. (2008). Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism. *M/C Journal*, 11(3), 1-10. <https://doi.org/10.5204/mcj.46>
- Campbell, Peter. (2006). Movement in the 1980s. *Survivors History Group*. Disponible en: <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#History1980s>
- Campos, Ricardo. (2013). La construcción del sujeto peligroso en España (1880-1936). El papel de la psiquiatría y la criminología. *Asclepio*, 65(2), p017. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2013.17>
- Campos, Ricardo, y Novella, Enric J. (2017). La higiene mental durante el primer franquismo. De la higiene racial a la prevención de la enfermedad mental (1939-1960). *Dynamis*, 37(1), 65-87. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362017000100004>
- Caponi, Sandra. (2009a). Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 95-103. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100015>
- Caponi, Sandra. (2009b). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientiae Studia*, 7(3), 425-445. <https://doi.org/10.1590/s1678-31662009000300004>
- Caponi, Sandra. (2010). Emil Kraepelin y el problema de la degeneración. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 17(Suppl 2), 475-494. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702010000600012>
- Caponi, Sandra. (2012a). Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *INTERthesis*, 9(2), 101-122. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p101>
- Caponi, Sandra. (2012b). *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada* (livro eletrônico). Fiocruz.
- Caponi, Sandra. (2014). El impacto del evolucionismo en la teoría de la degeneración: Emil Kraepelin y la biologización de los hechos sociales. En Miguel Ángel Puig-Samper, Francisco Orrego, Rosa Ruiz, y Alfredo Uribe (Eds.), «Yammerschuner» Darwin y la darwinización en Europa y América Latina (pp. 93-98). Ediciones Doce Calles.
- Caponi, Sandra. (2019a). Scientia Sexualis: el lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría. En Marisa Miranda (Ed.), *Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (pp. 19-48). Editorial de la Universidad de La Plata.

- Caponi, Sandra. (2019b). *Uma sala tranquila. Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. LiberArs.
- Caponi, Sandra. (2021). On the so-called psychopharmacological revolution: The discovery of chlorpromazine and the management of madness. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 28(3), 1-21. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000300003>
- Caponi, Sandra, y Martínez-Hernández, Ángel. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *Scientiae Studia*, V(3), 467-489.
- Capshew, James H. (1999). The Yale connection in American psychology: Philanthropy, war, and the emergence of an academic elite. En *Development of the Social Sciences in the United States and Canada: The Role of Philanthropy* (pp. 143-154). Ablex Publishing Corporation.
- Carrel, Alexis. (1935). *L'Homme, cet inconnu*. Librairie Plon.
- Cartwright, Samuel A. (1851). Report on the Diseases and Peculiarities of the Negro Race. *The New Orleans Medical and Surgical Journal*, May, 691-715.
- Castel, Françoise, Castel, Robert, y Lovell, Anne. (1979). *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Anagrama.
- Castel, Robert. (1980). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. La Piqueta.
- Castel, Robert. (2001). Presente y genealogía del presente: una aproximación no evolucionista al cambio social. *Archipiélago*, 47, 5-12. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Castillo Parada, Tatiana. (2019). De la locura feminista al «feminismo loco»: Hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea. *Investigaciones Feministas*, 10(2), 399-416. <https://doi.org/10.5209/infe.66502>
- Castro, Edgardo. (2011). *Diccionario Foucault*. Siglo Veintiuno Editores.
- Castro, Edgardo. (2014). Los malentendidos de la biopolítica: Foucault, Agamben, Derrida. *Quadranti Rivista Internazionale di Filosofia Contemporanea*, II, 109-124.
- Castro, Santiago, Grosfoguel, Ramón, Mignolo, Walter D., Walsh, Catherine, Qujano, Aníbal, Maldonado, Nelson, y Juan, Cajigas. (2007). *El giro decolonial* (Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel (Eds.)). Siglo del Hombre Editores-Universidad Central-Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Sociales y Culturales, Pensar.
- Cayuela, Salvador. (2011). Biopolítica, nazismo, franquismo: una aproximación comparativa. *ENDOXA*, 1(28), 257-286. <https://doi.org/10.5944/endoxa.28.2011.5299>
- CEDHV. (2016). *Campaña sobre los derechos de las personas con discapacidad. Si tu cuerpo te limita no dejes que tu mente también lo haga*. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz. Disponible en: http://cedhvapp2.sytes.net:8080/derechos_humanos/file.php/1/Campanas_2016/DDPersonasDiscapacidad/DDPersonasConDiscapacidad.pdf
- Chamberlin, Judi. (1977). *On our own: patient-controlled alternatives to the mental health system*. National Empowerment Center, Inc.
- Chamberlin, Judi. (1984). Speaking for ourselves: An overview of the ex-psychiatric inmates' movement. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8(2), 56-63. <https://doi.org/10.1037/h0099632>
- Chamberlin, Judi. (1988a). *On our own. A compelling case for patient controlled services; a real alternative to the institutions that destroy the confident independence of so many*. MIND.
- Chamberlin, Judi. (1988b). Preface to the British edition. En *On our own. A compelling case for patient controlled services; a real alternative to the institutions that destroy the confident independence of so many*. (pp. vii--ix). MIND.

- Chamberlin, Judi. (1990). The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4), 323-336. <https://www.jstor.org/stable/43854095%0AJSTOR>
- Chamberlin, Judi. (1995a). Psychiatric Survivors: Are We Part of the Disability Rights Movement? *Disability Rag & Resource*, 16(2).
- Chamberlin, Judi. (1995b). Rehabilitating Ourselves: The Psychiatric Survivor Movement. *International Journal of Mental Health*, 24(1), 39-46. <https://doi.org/10.1080/00207411.1995.11449302>
- Chamberlin, Judi. (1998). Citizenship rights and psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 405-408. <https://doi.org/10.1037/h0095282>
- Chaponnière, Corinne. (2018). *Henry Dunant: La croix d'un homme*. Labor et Fides.
- Charles P. Kindregan. (1966). Sixty years of compulsory eugenic sterilization: «Three generations of imbeciles» and the constitution of the United States. *Law Review*, 43(2), 123-143.
- Charlton, James I. (2000). *Nothing About Us Without Us. Disability Oppression and Empowerment*. University of California Press.
- Chesler, Phyllis. (2019). *Mujeres y locura*. Editorial Continta Me Tienes.
- Chirwa, Danwood Mzikenge. (2003). The right to health in international law: Its implications for the obligations of state and non-state actors in ensuring access to essential medicine. *South African Journal on Human Rights*, 19(4), 541-566.
- Chisholm, Brock. (1946a). The Reestablishment of Peacetime Society. *Psychiatry*, 9(1).
- Chisholm, Brock. (1946b). The Responsibility of Psychiatrists. *Psychiatry*, 9(1), 12-20.
- Chisholm, Brock. (1948). The Future Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 104(8), 543-547. <https://doi.org/10.1176/ajp.104.8.543>
- Chisholm, Brock. (1957). *Prescription for Survival*. Columbia University Press.
- Chisholm, Brock. (1989). Brock Chisholm: words of wisdom from the past. *World Health Forum*, 10, 70-73.
- Chomsky, Noam. (1978). The Carter Administration: Myth and Reality. *The Australian Quarterly*, 50(1), 8. <https://doi.org/10.2307/20634938>
- Christman, John. (2004). Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the Social Constitution of Selves. *Philosophical Studies*, 117(1/2), 143-164. <https://doi.org/10.1023/B:PHIL.0000014532.56866.5c>
- CHRUSP, y APC. (2018). *Response to draft General Comment 7 on Article 4.3, paragraph 14 (a) and (d) and transversal*. CRPD Negotiation Archives. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/DraftGC7/CHRUSPAbProsubmission_1.docx
- Cifuentes, Santos, Courtis, Christian, Palacios, Agustina, Chappell, Duncan, Mcsherry, Bernadette, Crosara de Resende, Ana Paula, Coelho Catani, Patrícia, Cisternas Reyes, María Soledad, Jiménez, Rodrigo, Kallehauge, Holger, Dhanda, Amita, Quinn, Gerard, Ikehara, Yoshikazu, Iwai, Makoto, Uchida, Hiroyuki, Yahiro, Mitsuhide, Corcuera Cabezut, Santiago, Ríos Espinosa, Carlos, Waddington, Lisa, ... Minkowitz, Tina. (2008). *Legal Opinion on Article 12 of the CRPD, June 21, 2008*. Disponible en: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/legal-opinion-LegalOpinion-Art12-FINAL.pdf>
- Ciotola, Nicholas P. (2017). Alonzo Earl Foringer's Greatest Mother in the World: The New Jersey Roots of the Most Famous Poster of World War I. *New Jersey Studies: An Interdisciplinary Journal*, 3(2), 215-230. <https://doi.org/10.14713/njs.v3i2.88>

- Clarke, P. F. (2009). *Keynes: the rise, fall, and return of the 20th century's most influential economist*. Bloomsbury Press.
- Claude, Nicolet. (2015). Citoyenneté française et citoyenneté romaine. Essai de mise en perspective. En Serge Bernstein y Odile Rudelle (Eds.), *Le modèle républicain*. Presses Universitaires de France.
- Clemenceau, Georges. (1930). *Grandeurs et Misères d'une Victoire*. Librairie Plon.
- «Clifford Whittingham Beers». Obituary Record of Graduates of Yale University Deceased During the Year Ending July 1. (1944). *Bulletin of Yale University*, 103, 231-232.
- CNDH México. (2016). *Situación de las Personas con Discapacidad Psicosocial e Inimputables en Centros Penitenciarios de la República Mexicana. Pronunciamiento*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos — México.
- Coates, Ken. (2019). Russell Tribunals. *Bertrand Russell Peace Foundation*, 47-49.
- Coelho, Paulo, y Harel, Alon. (2001). Verdict of the Russell Tribunal on Psychiatry, Minority Opinion. *Russell Tribunal on Human Rights in Psychiatry*. Disponible en: <https://www.freedom-of-thought.de/>
- Coenraad Pols, Johannes. (1997). *Managing the mind: the Culture of American Mental Hygiene, 1910-1950*. University of Pennsylvania.
- Cohen, John. (1948). The International Congress on Mental Health. *Nature*, 162(441-443).
- Cohen, Sol. (1983). The hygiene development the school: American medicalization of education. *History of Education Quarterly*, 23(2), 123-149.
- Cohen, Sol. (1999). Twentieth-Century American Education The Mental Hygiene Movement, «Personality», and the Making of Twentieth-Century American Education. *Counterpoints*, 76, 227-248.
- Coleman, Mathew, y Grove, Kevin. (2009). Biopolitics, biopower, and the return of sovereignty. *Environment and Planning D: Society and Space*, 27(3), 489-507. <https://doi.org/10.1068/d3508>
- Comelles, Josep M, y DiGiacomo, Susan M. (2018). The medicalization of diagnosis: From cultural and environmental nosologies to lay medical concerns. En Nina Nissen y Mette Bech Risør (Eds.), *Diagnostic fluidity: Working with uncertainty and mutability* (pp. 213-247). Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.
- Comelles, Josep Maria. (1981). La necesidad del otro. Sobre las relaciones entre Antropología y Psiquiatría. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la facultad de Medicina de Barcelona*, 8(2), 149-170.
- Comisión Europea. (1995). *Día europeo de los minusválidos 1995, Comunicado de prensa, 7 de diciembre de 1995* (IP/95/1365). Comisión Europea.
- Comité CDPD. (2011). *Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad a España en el Sexto período de sesiones* (CRPD/C/ESP/CO/1). Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Comité CDPD. (2014). *Observación general N° 1. Artículo. 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley* (CRPD/C/GC/1 y CRPD/C/GC/1/Corr.1). Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Comité CDPD. (2019). *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España* (CRPD/C/ESP/CO/2-3). Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Comité CDPD. (2022). *Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia* (CRPD/C/5). Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- Comitè d'Ètica Assistencial FCCSM. (2022). *Comunicat per l'eliminació total de la vulneració dels drets dels pacients*. Fundació Congrés Català de Salut Mental.
- Comitè de Bioètica de Catalunya, y Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya. (2021). *Les hospitalitzacions involuntàries en l'atenció a la salut mental*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Comité de Derechos Humanos. (2014). *Observación general N° 35. Artículo 9 (Libertad y seguridad personales)* (CCPR/C/GC/35). Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Comité PIDESC. (1994). *Observación general N° 5. Las personas con discapacidad*, aprobada en el 11° período de sesiones, 38ª sesión, celebrada el 25 de noviembre de 1994. En *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Informe sobre los Periodos de Sesiones 10º Y 11º, Consejo Económico y Social, Documentos Oficiales 1995, suplemento n° 3 (E/C.12/1994/20)*. Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Commission II Assemblée Générale. (1945). *Documents de la Conférence des Nations Unies sur l'Organisation Internationale San Francisco, 1945 / Documents of the United Nations Conference on International Organization San Francisco, 1945: Vol. X*. The Library of Congress & United Nations Information Organizations.
- Commission II General Assembly. (1945). International Health Agency, Memorandum Submitted by the Brazilian Delegation, May 14, 1945, Doc. 385 (English). En *Documents de la Conférence des Nations Unies sur l'Organisation Internationale San Francisco, 1945 / Documents of the United Nations Conference on International Organization San Francisco, 1945: Vol. X* (pp. 107-111). The Library of Congress & United Nations Information Organizations.
- Cone, Kitty. (2013). *Short History of the 504 Sit-in*. Disability Rights Education & Defense Fund. Disponible en: <https://dredf.org/504-sit-in-20th-anniversary/short-history-of-the-504-sit-in/>
- Copeland, Darcy. (2021). Psychiatric nurses' role in the holocaust and current implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 488-493. <https://doi.org/10.1111/jpm.12689>
- Corrigan, Patrick W., y Kleinlein, Petra. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. En Patrick W Corrigan y Perta Kleinlein (Eds.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. (pp. 11-44). American Psychological Association.
- Cotton, Henry A. (1923). The Relation of Chronic Sepsis to the So-called Functional Mental Disorders. *Journal of Mental Science*, 69(287), 434-465. <https://doi.org/10.1192/bjp.69.287.434>
- Coudreau, Marin. (2012). Le Comité international de secours à la Russie, l'Action Nansen et les bolcheviks (1921-1924). *Relations internationales*, n° 151(3), 49. <https://doi.org/10.3917/ri.151.0049>
- Council of Europe Committee on Bioethics. (2018). *Draft Additional Protocol concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment*, Strasbourg, 4 June 2018. Council of Europe Committee on Bioethics.
- Crenshaw, Kimberlé. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *Feminist Legal Theory: Readings in Law and Gender*, 1, 57-80. <https://doi.org/10.4324/9780429500480>
- Crenshaw, Kimberlé. (1991). Mapping the margins. *Smithsonian*, 28(1).

- Critchlow, Donald T. (1999). *Intended Consequences: Birth Control, Abortion, and the Federal Government in Modern America*. Oxford University Press.
- Crossley, Nick. (1998). R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: A socio-historical analysis. *Social Science and Medicine*, 47(7), 877-889. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00147-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00147-6)
- Crossley, Nick. (1999). Fish, field, habitus and madness: The first wave mental health users movement in Great Britain. *British Journal of Sociology*, 50(4), 647-670. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.1999.00647.x>
- Crossley, Nick. (2006). *Contesting Psychiatry: social movements in mental health*. Routledge.
- Crozier, Michel, Huntington, Samuel P., y Watanuki, Joji. (1975). *The Crisis of Democracy: Report on the Governmentality of Democracies to the Trilateral Commission*. New York University Press.
- CRPD Committee. (2019). *Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Spain* (CRPD/C/ESP/CO/2-3). United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
- CRPD Committee. (2022). *Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies* (CRPD/C/5). United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
- Cueto, Marcos. (2020). La historia de la Organización Mundial de la Salud. En Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil, y Eduardo Bueno Vergara (Eds.), *Cuarenta historias para una cuarentena: reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*. Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- Cueto, Marcos, Brown, Theodore, y Fee, Elizabeth. (2011). El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, 38(69), 129-156. <https://doi.org/10.21678/apuntes.69.634>
- Cueto, Marcos, Brown, Theodore M., y Fee, Elizabeth. (2019). *The World Health Organization. A History*. Cambridge University Press.
- Cunha, José Ricardo. (2017). Para uma crítica humanista da sociedade racional e do direito moderno. *Revista do Direito*, 2(52), 153. <https://doi.org/10.17058/rdunisc.v2i52.9664>
- Cussó, Roser. (2015). The League of Nations and Eugenics: An Overview of Transnational Activity. *Popolazione e Storia*, 1, 15-33.
- Daes, Erica-Irene. (1981). *Guidelines and principles for the protection of persons detained on the grounds of mental ill-health or suffering from mental disorder: preliminary report, 3 August 1981* (E/CN.4/Sub.2/474). UN. Sub-commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities.
- Daes, Erica-Irene. (1983). *Principles, Guidelines and guarantees for the protection of persons detained on grounds of mental ill-health or suffering from mental disorder, 30 June 1983* (p. E/CN.4/sub.2/1983/17/Rev.1). United Nations. Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities.
- Daes, Erica-Irene. (1984). *Los Derechos Humanos y Los Progresos Científicos y tecnológicos. Carta de fecha 20 de febrero de 1984 dirigida al Presidente de la Comisión de Derechos Humanos en su 40º periodo de sesiones...* (E/CN.4/1984/45). Naciones Unidas. Consejo Económico y Social.
- Dahl, Robert A. (1961). The Behavioral Approach in Political Science: Epitaph for a Monument to a Successful Protest. *The American Journal of Political Science*, 55(4), 763-772.
- Dain, Norman. (1980). *Clifford W. Beers: Advocate for the insane*. University of Pittsburgh Pre Press.

- Dain, Norman. (1989). Critics and dissenters: Reflections on “anti-psychiatry” in the United States. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 25(1), 3-25. [https://doi.org/10.1002/1520-6696\(198901\)25:1<3::AID-JHBS2300250102>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1520-6696(198901)25:1<3::AID-JHBS2300250102>3.0.CO;2-G)
- Danforth, Scot. (2018). Becoming the rolling quads: Disability politics at the university of California, Berkeley, in the 1960s. *History of Education Quarterly*, 58(4), 506-536. <https://doi.org/10.1017/heq.2018.29>
- Danto, Elizabeth Ann. (1999). The Berlin Poliklinik: Psychoanalytic Innovation in Weimar Germany. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(4), 1269-1292. <https://doi.org/10.1177/000306519904700416>
- Danzelot, Jaques. (2008). *La policía de las familias*. Ediciones Nueva Visión.
- Darnell, Regna. (1990a). *Edward Sapir: linguist, anthropologist, humanist*. University of California Press.
- Darnell, Regna. (1990b). The Impact Seminar: The Call to Yale. En *Edward Sapir: linguist, anthropologist, humanist* (pp. 327-344). University of California Press.
- Darwin, Charles. (1859). *On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life* (First edition). John Murray, Albemarle Street.
- Davar, Bhargavi. (2014). Globalizing psychiatry and the case of «vanishing» alternatives in a neo-colonial state. *Disability and the Global South*, 1(2), 266-284. www.dgsjournal.org
- Davar, Bhargavi. (2017). INTAR India 2016: Reflections - Mad In America. *Mad in America*. Disponible en: <https://www.madinamerica.com/2017/06/intar-india-2016-reflections/>
- Davar, Bhargavi V. (2015). Disabilities, colonisation and globalisation: how the very possibility of a disability identity was compromised for the ‘insane’ in India. En Helen Spandler, Jill Anderson, y Bob Sapey (Eds.), *Madness, distress and the politics of disablement* (pp. 215-228). Policy Press.
- Davies, Stanley. (1923). *Social control of the feeble-minded: a study of social programs and attitudes in relation to the problems of mental deficiency*. The National Committee for Mental Hygiene.
- Davis, Ken. (1998). *The Disabled People’s Movement - Putting the Power in Empowerment* (pp. 1-9). Paper for a seminar at Sheffield University Sociology Department 1996, updated ’98.
- Dawson, John. (2015). A realistic approach to assessing mental health laws’ compliance with the UNCRPD. *International journal of law and psychiatry*, 40, 70-79. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.003>
- De Gouges, Olympe. (2003). *Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne suivi de Préface pour les dames ou Le portrait des femmes*. Éditions Mille et une nuits.
- De Saussure, Raymond. (1946). The influence of the concept of monomania on French medico-legal psychiatry (from 1825 to 1840). *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 1(3), 365-397. <https://doi.org/10.1093/jhmas/1.3.365>
- De Sousa Santos, Boaventura. (2006). *Conocer desde el Sur. Para una cultura emancipadora*. Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales-UNMSM.
- Defendorf, Ross Allen, y Kraepelin, Emil. (1902). *Clinical psychiatry: A Text-book for Students and Physicians*. Macmillan.
- DeJong, Gerben. (1979a). Independent Living: From Social Movement to Analytic Paradigm. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60(October).
- DeJong, Gerben. (1979b). *The movement for independent living: Origins, ideology, and implications for disability research*. University of Michigan, University Center for International Rehabilitation.

- DeJong, Gerben. (1981). Environmental accessibility and independent living outcomes. *Directions for disability policy and research*. Michigan: Michigan State University, UCIR.
- DeJong, Gerben. (1982). Predicting the stroke patient's ability to live independently. *Stroke*, 13(5), 648-655. <https://doi.org/10.1161/01.STR.13.5.648>
- De la Mata Ruiz, Iván, y Ortiz Lobo, Alberto. (2003). Industria Farmacéutica y Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 86, 49-71.
- Del Barrio, Victoria. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*, 30(2), 81-90.
- Del Toro Huerta, Mauricio Iván. (2012). La Declaración Universal de Derechos Humanos: un texto multidimensional. En Colección del Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos (Fascículo 2). Comisión Nacional de Derechos Humanos México.
- Dendron: voice of Support Coalition International*, 37/38, Summer 1996. (1996). Judi Chamberlin Papers (MS 768). Special Collections and University Archives, University of Massachusetts Amherst Libraries.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2017). *Estratègies 2017-2020 Pla director de salut mental i addiccions*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Despouy, Leandro. (1993). *Los derechos humanos y las personas con discapacidad*. Naciones Unidas.
- Dollard, John. (1937). *Caste and class in a southern town*. Institute of Human Relations: Yale University Press.
- Dollard, John, Miller, Neal E., Doob, Leonard W., Mowrer, O. H., y Sears, Robert R. (1939). *Frustration and aggression*. Yale University Press. Institute of Human Relations.
- Dorcus, Roy M., y Shaffer, G. Wilson. (1945). Treatment by Physical and Chemical Assault. En *Textbook of abnormal psychology 1945* (pp. 426-447). Williams & Wilkins Co.
- Dorothy, Henderson. (1970). *Will mankind listen: a tribute to Dr. Brock Chisholm*. Best-Printer.
- Dotti, Federico. (2015). *La remise en question de la psychiatrie: du mouvement de L'antipsychiatrie aux groupes militants dans la Genève des années 1970*. Université de Genève.
- Dowbiggin, Ian Robert. (1997). *Keeping America sane: Psychiatry and eugenics in the United States and Canada, 1880-1940*. Cornell University Press.
- Dowbiggin, Ian Robert. (2006). Prescription for Survival: Brock Chisholm, Sterilization, and Mental Health in the Cold War Era. En James E. Moran y David Wright (Eds.), *Mental Health and Canadian Society: Historical Perspectives* (pp. 176-192). McGill-Queen's University Press.
- Dowbiggin, Ian Robert. (2008). *The Sterilization Movement and Global Fertility in the Twentieth Century*. Oxford University Press.
- Dowbiggin, Ian Robert. (2011). *The Quest for Mental Health: A tale of science, medicine, scandal, sorrow, and mass society*. Cambridge University Press.
- Doyle Klier, John. (2011). *Russians, Jews, and the Pogroms of 1881-1882*. Cambridge University Press.
- DPI-EC. (1993). *Report of the First European Disabled People's Parliament: Held in the Hemicycle of The European Parliament, Brussels Belgium Friday 3 December 1993*. Disabled People's International European Commission.
- DPI. (1984). *Disabled Peoples' International: Abstract from Manifesto, Pace Statement and Constitution*. Tony Baldwinson Archive.
- DPI. (1988). *Human Rights and Scientific and Technological Developments: Written statement submitted by Disabled People's International, a non-governmental organization in*

- consultative status (category II)*, 2 September 1998 (E/CN.4/Sub.2/1988/NGO/27). United Nations. Economic and Social Council.
- DPI. (1993). *Constitution of Disabled Peoples' International*. Disabled Peoples' International.
- DPI, International, Inclusion, RI, WBU, y WFD. (2000). Beijing Declaration on the Rights of People with Disabilities in the New Century. En Wang Yingfan (Ed.), *Letter dated 2 May 2000 from the Permanent Representative of China to the United Nations addressed to the Secretary-General, 5 May 2000, General Assembly, Fifty-fourth session*. (pp. 2-3). United Nations General Assembly. Economic and Social Council.
- Dr. Alexander Granville. (1929). *British Medical Journal*, 1(3560), 623-623. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.3560.623-b>
- Drescher, Seymour. (2009). *Abolition. A History of Slavery and Antislavery*. Cambridge University Press.
- Driedger, Diane. (1989). *The last civil rights movement: Disabled Peoples' International*. Hurst & Company.
- Duarte, André. (2015). Biopolítica e soberania em Foucault: uma resposta às críticas de Agamben e Esposito. En Guilherme Castelo Branco y Helton Adverse (Eds.), *Clássicos e contemporâneos da filosofia política: de Maquiavel a Antonio Negri* (pp. 113-126). Relicario.
- Dumont, Jean. (2009). *El amanecer de los derechos del hombre: la controversia de Valladolid*. Ediciones Encuentro.
- Dunant, Henry. (1862). *Un Souvenir de Solferino*. Imprimerie Jules-Guillaume Fick.
- Dussel, Enrique. (2003). Modernidad y alteridad (Las Casas, Vitoria y Suárez: 1514-1617). *Cuadernos salmantinos de filosofía*, 30, 689-720.
- ECOSOC. (1946). Commission on the Status of Women, resolution 11(II) of 21 June 1946. *Journal of the Economic and Social Council*, July(29), 525-526.
- Edsall, Nicholas C. (2003). *Toward Stonewall: Homosexuality and Society in the Modern Western World*. University of Virginia Press.
- Egerton, George W. (1978). *Great Britain and the Creation of the League of Nations: Strategy, Politics, and International Organization, 1914—1919*. The University of North Carolina Press.
- Emerick, Robert E. (1996). Mad Liberation: The Sociology of Knowledge and the Ultimate Civil Rights Movement. *The Journal of Mind and Behavior*, 17(2), 135-159.
- Encalada, Alberto Vásquez. (2021). The Potential of the Legal Capacity Law Reform in Peru to Transform Mental Health Provision. *Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights*, 124-139. <https://doi.org/10.1017/9781108979016.011>
- Engela, Jonathan W. (1995). *Early psychiatry at Yale: Milton C. Winternitz and the founding of the Department of Psychiatry and Mental Hygiene*. 67(1994), 33-47.
- Engelbert Oelsner, Konrad. (2021). *Un relato de la vida de Sieyès*. Centro de Estudios Constitucionales.
- English, Charlie. (2021). *The Gallery of Miracles and Madness: Insanity, Modernism, and Hitler's War on Art*. Random House Publishing Group.
- Engs, Ruth Clifford. (2005). *The Eugenics Movement. An Encyclopedia*. Greenwood Press.
- Engstrom, Eric J. (1991). Emil Kraepelin: Psychiatry and public affairs in Wilhelmine Germany. *History of Psychiatry*, 2(6), 111-132. <https://doi.org/10.1177/0957154X9100200601>
- Engstrom, Eric J. (2007). 'On the Question of Degeneration' by Emil Kraepelin (1908)1. *History of Psychiatry*, 18(3), 389-398. <https://doi.org/10.1177/0957154X07079689>
- Engstrom, Eric J. (2019). *Clinical Psychiatry in Imperial Germany*. Cornell University Press.

- Engstrom, Eric J., y Kendler, Kenneth S. (2015). Emil Kraepelin: Icon and Reality. *American Journal of Psychiatry*, 172(12), 1190-1196. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050665>
- Engstrom, Eric J., y Weber, Matthias M. (2007). Making Kraepelin history: A great instauration? *History of Psychiatry*, 18(3), 267-273. <https://doi.org/10.1177/0957154X07080819>
- Engstrom, Eric J., Weber, Matthias M., y Burgmair, Wolfgang. (2006). Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin (1856–1926). *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1710-1710. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1710>
- ENUEMH. (1995). *The European Newsletter of Users and Ex-Users in Mental Health* (Vol. 1). European Network of Users and Ex-users in Mental Health. Disponible en: <http://enusp.org/wp-content/uploads/2016/03/newsletter-1995-01.pdf>
- ENUSP. (2023). *Who we are – ENUSP*. Disponible en: <https://enusp.org/who-we-are/>
- Erichsen, Casper, y Olusoga, David. (2010). *The Kaiser's Holocaust: Germany's Forgotten Genocide and the Colonial Roots of Nazism* (e-book). Faber & Faber.
- Eromosele, Femi. (2021). Madness, decolonisation and mental health activism in Africa. En Peter Beresford y Jasna Russo (Eds.), *The Routledge International Handbook of Mad Studies* (pp. 327-339). Routledge.
- Escalante Gonzalbo, Fernando. (2015). *Historia mínima del neoliberalismo*. El Colegio de México.
- Espinosa Miñoso, Yuderkys. (2013). Y la una no se mueve sin la otra: descolonialidad, antiracismo y feminismo. Una trieba inseparable para los procesos de cambio. *Revista Venezolana de Estudios de La Mujer*, 21(46), 47-64.
- Espinosa Miñoso, Yuderkys. (2016). De por qué es necesario un feminismo descolonial: diferenciación, dominación co-constitutiva de la modernidad occidental y el fin de la política de identidad. *Solar*, 12(1), 141-171. <https://doi.org/10.20939/solar.2016.12.0109>
- Espinosa Miñoso, Yuderkys. (2022). *Interseccionalidad: una crítica al tratamiento categorial de la dominación y la necesidad de superarlo*. Seminario impartido 31 de octubre en el marco del Programa de Doctorado en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- European Network. (1991). *The Zandvoort Declaration on Common Interests, October 1991*. Survivors History Group. Disponible en: <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#EuropeanNetwork>
- Evans, Richard J. (2008). *The Third Reich at War*. Penguin Press.
- Everett, Barbara. (1994). Something is Happening: The Contemporary Consumer and Psychiatric Survivor Movement in Historical Context. *The Journal of Mind and Behavior*, 15, 55-70.
- Executive Board, 2. (1948). *Report on the International Congress on Mental Health, London. Report by the Director-General (EB2/23)*. United Nations. World Health Organization.
- Fangerau, Heiner. (2006). Human reproduction and eugenics as a public issue: The contemporary reception of a German standard text-book on racial hygiene 1921-1941. *Insights and implications*, 3, 7-23.
- Farge, Arlette, y Foucault, Michel. (1982). *El Desorden de las familias* (traducido por Luis Alfonso Palau para el micro-seminario conmemorativo de los 30 años de la muerte de Foucault realizado en la Mediateca Arthur Rimbaud de la Alianza Francesa de San Antonio). Gallimard.
- Farley, John. (2004). To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913–1951). En *The American Historical Review*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1086/ahr.110.3.764>

- Farley, John. (2008). *Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War*. UBC Press.
- Federici, Silvia. (2010). *El Caliban y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños.
- Fennell, Phil. (1995). *Treatment Without Consent: Law, Psychiatry and the Treatment of Mentally Disordered People Since 1845*. Routledge.
- Fernald, Walter E. (1912). The Burden of Feeble-Mindedness. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 166(25), 911-915. <https://doi.org/10.1056/NEJM191206201662501>
- Fernald, Walter E. (1919a). A state program for the care of the mentally defective. *Mental Hygiene: Volume III*, 4, 566-574.
- Fernald, Walter E. (1919b). *After-care study of the patients discharged from Waverley for a period of twenty-five years*. Massachusetts Society for Mental Hygiene.
- Ferreira, Natália Damazio Pinto. (2022). Vivente e vida nua: Conceitos de Biopolítica. *Revista Direito e Práxis*, 13(2), 893-915. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2021/57022>
- Fick, E. Carolyn. (2004). *The Making of Haiti*. University of Tennessee Press.
- Field, H. E. (1930). The First International Congress on Mental Hygiene. *Australasian Journal of Psychology and Philosophy*, 8(3), 227-228. <https://doi.org/10.1080/00048403008541320>
- Finkelstein, Vic. (1976). *Comments on the discussion held between the Union and the Disability Alliance on 22nd November*. Union of the Physically Impaired Against Segregation.
- Finkelstein, Vic. (2007). The 'Social Model of Disability' and the Disability Movement. *The Disability Studies Archive UK*, 1, 1-15.
- Finkler, Lilith. (1997). Psychiatric Survivor Pride Day: Community Organizing with Psychiatric Survivors. *Osgoode Hall Law Journal*, 35(3/4), 763-772.
- Fisher, Donald. (1993). *Fundamental Development of the Social Sciences: Rockefeller Philanthropy and the United States Social Science Research Council*. The University of Michigan Press.
- Florence, Maurice. (1984). Foucault Michel, 1926. En Dennis Huisman (Ed.), *Dictionnaire des philosophes* (pp. 941-944). Presses Universitaires de France.
- Flores Rentería, Joel. (2013). Emanuel Joseph Sieyès: el gobierno representativo. *Política y cultura*, 39, 53-72.
- Foes of Hitler Launch New Magazine: Notables on Staff of «Free World» Uphold Justice, 18 September. (1941). *Pittsburgh Post-Gazette*.
- Foner, Janet. (1993). *Circular letter from Janet Foner to the spokescouncil and regional coordinators of Support Coalition International, August 9, 1993* (p. 2). Judi Chamberlin Papers (MS 768). Special Collections and University Archives, University of Massachusetts Amherst Libraries.
- Foster, Gaines M. (1981). Typhus disaster in the wake of war: the American-Polish Relief Expedition. *Bulletin of the history of medicine*, 55(2), 221-232.
- Foucault, Michel. (1980). Presentación. En Robert Castel (Autor), *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo* (pp. 7-11). La Piqueta.
- Foucault, Michel. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3. <https://doi.org/10.2307/3540551>
- Foucault, Michel. (1996). *La vida de los hombres infames*. Editorial Altamira.
- Foucault, Michel. (1998). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel. (1999a). ¿Qué es la ilustración? En *Estética, ética y hermenéutica: Obras esenciales, Volumen III* (pp. 335-352). Paidós.
- Foucault, Michel. (1999b). El nacimiento de la medicina social. En Julia Varela y Fernando Álvarez Uría (Eds.), *Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II* (pp. 363-384). Paidós.

- Foucault, Michel. (1999c). Verdad y poder. En *Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II*. (pp. 380-391). Paidós.
- Foucault, Michel. (2001). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2004). *Nietzsche, la Genealogía, la Historia*. Pre-Textos.
- Foucault, Michel. (2007a). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2007b). *Historia de la sexualidad 1-La voluntad del saber*. Siglo XXI editores.
- Foucault, Michel. (2007c). *Los anormales: curso en el Collège de France (1974-1975)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2015a). *Historia de la locura en la época clásica, I* (Brevarios). Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2015b). *Historia de la locura en la época clásica, II* (Brevarios). Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2016). *Sublevarse*. Catálogo Libros.
- Foucault, Michel. (2018). ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 172-183.
- Foucault Tribunal. (1998). *The Foucault Tribunal on the State of Psychiatry: description*. Disponible en: <https://www.foucault.de/description.htm>
- Fraguas, David, Zarco, Julio, Balanzá-Martínez, Vicent, Blázquez García, Juan Francisco, Borràs Murcia, Cecilia, Cabrera, Ana, Carretero, Julián, Crespo, Agustina, Díaz-Marsá, Marina, Gasul, Vicente, González, Miguel A., Grande, Iria, Muela, Carmen, de las Heras Liñero, Elena, Mayoral, Fermín, Morales Cano, Guadalupe, Pagés-Lluyot, José Ramón, Romo, José, Serrano Marín, Bibiana, ... Arango, Celso. (2021). La humanización en los planes de salud mental en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.08.003>
- Frank, Lawrence K. (1936). Society as the Patient. *American Journal of Sociology*, 42(3), 335-344.
- Frank, Roberta. (1988). «Interdisciplinary»: The First Half Century. *Issues of Interdisciplinarity*, 40(September), 73-78.
- Free World Association. (1942). How the Underground Fights Back. *Free World*.
- Freeburg, Victor O. (Ed.). (1930). *William Henry Welch at eighty: A memorial record of celebrations around the world in his honor*. Committee on the Celebration of the Eightieth Birthday of Doctor William Henry Welch.
- Freedom of Thought. (2001). *Russell Tribunal on Human Rights in Psychiatry Archive*. Disponible en: <https://www.freedom-of-thought.de/>
- Freeman, Melvyn Colin, Kolappa, Kavitha, de Almeida, Jose Miguel Caldas, Kleinman, Arthur, Makhavili, Nino, Phakathi, Sifiso, Saraceno, Benedetto, y Thornicroft, Graham. (2015). Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry*, 2(9), 844-850. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00218-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00218-7)
- Frie, Roger. (2014). What is cultural psychoanalysis? Psychoanalytic anthropology and the interpersonal tradition. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(3), 371-394. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.895929>
- Friedlander, Henry. (1995). *The Origins of Nazi Genocide: from euthanasia to the final solution*. University of North Carolina Press.
- Friedman, Milton. (1962). *Capitalism and Freedom*. University of Chicago Press.

- Funnell, Warwick. (2006). National efficiency, military accounting and the business of war. *Critical Perspectives on Accounting*, 17(6), 719-751. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2004.11.008>
- Gamble, Clarence J. (1945). State sterilization programs for the prophylactic control of mental disease and mental deficiency. *The American journal of psychiatry*, 102(3), 289-293. <https://doi.org/10.1176/ajp.102.3.289>
- García-Santesmases, Andrea, y Sanmiquel-Molinero, Laura. (2022). Embodying disabled liminality: A matter of mal/adjustment to dis/ableism. *Sociology of Health and Illness*, 44(2), 377-394. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13439>
- García Alonso, J. Vidal, Ratzka, Adolf D., Barnes, Collin, Haster, Frances, Zarb, Gerry, Evans, John D., Malinga, Joshua, Maraña, Juan José, Heumann, Judith E., Martinez, Kathy, Pérez Bueno, Luis Cayo, Lobato, Manuel, y Berman-Biler, Rossangela. (2003). *El movimiento de Vida Independiente: experiencias internacionales*. Fundación Luís Vives.
- Garton, Stephen. (1994). Sound minds and healthy bodies: Re-considering eugenics in Australia, 1914-1940. *Australian Historical Studies*, 26(103), 163-181. <https://doi.org/10.1080/10314619408595958>
- Garvens, Oskar. (1933). Der Bildhauer Deutschlands. *Kladderadatsch*, 86(49), 775. <https://doi.org/https://doi.org/10.11588/diglit.2313#0775>
- Gaulier, Emanuèle. (2003). Femme, réveille-toi. En *Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne: suivi de Préface pour les dames ou Le portrait des femmes* (pp. 41-56). Mille et une nuits.
- Gautier, Raymond. (1944). International Health of the Future, 15 March, 1944. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation (R6150/8A/42169/41755)*. League of Nations. United Nations Library & Archives Geneva.
- Gautier, Raymond, y Biraud, Yves. (1945). *Draft Constitution of the International Public Health Organisation of the United Nations, 27 Septemeber*. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation (R6150/8A/42169/41755)*. League of Nations. United Nations Library & Archives Geneva.
- Gawith, Libby, y Abrams, Peter. (2006). Long journey to recovery for Kiwi consumers: Recent developments in mental health policy and practice in New Zealand. *Australian Psychologist*, 41(2), 140-148. <https://doi.org/10.1080/00050060600657988>
- Gazdag, G., Ungvari, GS, y Czech, H. (2017). Mass killing under the guise of ECT: the darkest chapter in the history of biological psychiatry. *History of Psychiatry*, 28(4), 482-488. <https://doi.org/10.1177/0957154X17724037>
- Genel, Katia. (2006). The Question of Biopower: Foucault and Agamben. *Rethinking Marxism*, 18(1), 43-62. <https://doi.org/10.1080/08935690500410635>
- Generalitat de Catalunya. (2017). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions, estratègia 2017-2019*. Generalitat de Catalunya.
- Generalitat de Catalunya. (2023). *Pacte Nacional de Salut Mental*. Departament de la Presidència. Disponible en: https://presidencia.gencat.cat/ca/ambits_d_actuacio/pacte-nacional-de-salut-mental/index.html
- Georgia Commission on Feeble-mindedness. (1919). *Mental defect in a southern state: Report of the Georgia Commission on Feeble-mindedness and the Survey of the National Committee for Mental Hygiene*. National Committee for Mental Hygiene.
- Gershon, Elliot S. (1997). Letter to the Editor Ernst Rüdin, a Nazi Psychiatrist and Geneticist. *American journal of medical genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 74, 457-458.

- Giles, Geoffrey J. (1992). «The Most Unkindest Cut of All»: Castration, Homosexuality and Nazi Justice. *Journal of Contemporary History*, 27(1), 41-61.
- Gillespie, Richard. (1993). *Manufacturing knowledge: A history of the Hawthorne experiments*. Cambridge University Press.
- Gillham, Nicholas W. (2001). Sir Francis Galton and the Birth of Eugenics. *Annual Review of Genetics*, 35(1), 83-101. <https://doi.org/10.1146/annurev.genet.35.102401.090055>
- Girón, Álvaro. (1999). Metáforas finiseculares del declive biológico: degeneración y revolución en el anarquismo Español. *Asclepio*, 51(1), 247-273. <https://doi.org/10.3989/asclepio.1999.v51.i1.331>
- Gitre, Edward J. K. (2010). Importing Freud: First-wave psychoanalysis, interwar social sciences, and the interdisciplinary foundations of an American social theory. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 46(3), 239-262. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20439>
- Glass, Bentley. (1981). A Hidden Chapter of German Eugenics between the Two World Wars. *American Philosophical Society*, 125(5), 357-367.
- Glendon, Mary Ann. (2001). *A World Made New: Eleanor Roosevelt and the Universal Declaration of Human Rights*. Random House.
- Gobineau, Arthur De. (1937). *Ensayo sobre la desigualdad de las razas humanas*. Ediciones Apolo.
- Goldin, Claudia. (2006). *The Quiet Revolution that Transformed Women's Employment, Education, and Family*. National Bureau of Economic Research.
- Gondra, José María, y de Miguel, Manuel Sánchez. (2009). Yale University's Institute of Human Relations and the Spanish Civil War: Dollard and Miller's Study of Fear and Courage under Battle Conditions. *The Spanish journal of psychology*, 12(2), 393-404. <https://doi.org/10.1017/S1138741600001785>
- Goodley, Dan. (2001). «Learning difficulties», the social model of disability and impairment: Challenging epistemologies. *Disability and Society*, 16(2), 207-231. <https://doi.org/10.1080/09687590120035816>
- Gosden, Richard. (1997). Shrinking the freedom of thought: How involuntary psychiatric treatment violates basic human rights. *Journal of Human Rights and Technology*, 1(2).
- Götzsche, Peter C. (2013). *Deadly medicines and organised crime: how big pharma has corrupted healthcare*. Radcliffe Publishing Ltd.
- Götzsche, Peter C., Young, Allan H., y Crace, John. (2015). Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ* 350(7), h2435-h2435. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2435>
- Grafenstein, Johanna Von. (2008). *La Revolución Haitiana: sus etapas, actores y repercusiones internacionales (1791-1804)*. CEHM Fundación Carlos Slim. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=jLm1TuccWQQ>
- Gregory, M. D. (1912). Social Service in Preventing Mental Breakdowns. *Proceeding of the Mental Hygiene Conference and Exhibit*. Committee on Mental Hygiene of the State Charities Aid Association.
- Grob, Gerald N. (1963). Adolf Meyer on American Psychiatry in 1895. *American Journal of Psychiatry*, 119(12), 1135-1142. <https://doi.org/10.1176/ajp.119.12.1135>
- Grob, Gerald N. (1983). *Mental Illness and American Society 1875-1940*. Princeton University Press.
- Grob, Gerald N. (1991a). *From asylum to community: Mental health policy in modern America*. Princeton University Press.
- Grob, Gerald N. (1991b). Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148(4), 421-431. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.4.421>

- Grosfoguel, Ramón. (2016). Del «extractivismo económico» al «extractivismo epistémico» y «extractivismo ontológico»: una forma destructiva de conocer, ser y estar en el mundo. *Tabula Rasa*, 4(24), 123-143. <https://doi.org/10.25058/20112742.60>
- Gross, Leo. (1947). The Charter of the United Nations and the Lodge Reservations. *American Journal of International Law*, 41(3), 531-554. <https://doi.org/10.2307/2193313>
- Grubbs, S. B. (1909). International Office of Public Hygiene. Its Inauguration at Paris, France. *Public Health Reports (1896-1970)*, 24(2), 23. <https://doi.org/10.2307/4562416>
- Guérin-Méneville, Félix Edouard. (1838). *Dictionnaire pittoresque d'histoire naturelle et des phénomènes de la nature: Vol. VII*. Imprimerie de Cosson.
- Guralnik, Gabriel Eduardo. (2013). *Psiquiatría criminal: el programa de eutanasia de la Alemania Nazi*, V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-054/126%0AActa>
- Gutiérrez Avedaño, Jairo. (2021). Mental hygiene, social turn of psychiatry and incorporation of mental health in the public agenda in Ibero-America, first half of the 20th century. *Revista Praxis y Culturas Psi*, 34, 1-87.
- Guzmán Martínez, Grecia. (2022). *Hacia una democratización del conocimiento del malestar y la locura desde las epistemologías feministas: ciencia encarnada y políticas de la resistencia en el contexto contemporáneo de la salud mental*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Guzmán Martínez, Grecia, Pujal i Llombart, Margot, Mora Malo, Enrico, y García Dauder, Dau. (2021). Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico. *Salud Colectiva*, 17, e3274. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3274>
- Haafkens, J., Nijhof, G., y Van der Poel, E. (1986). Mental health care and the opposition movement in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, 22(2), 185-192. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90067-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90067-5)
- Haeberle, Erwin J. (1981). "Stigmata of Degeneration". *Journal of Homosexuality*, 6(1-2), 135-139. https://doi.org/10.1300/J082v06n01_12
- Hanke, Lewis. (1985). *La humanidad es una. Estudio acerca de la querella que sobre la capacidad intelectual y religiosa de los indígenas americanos sostuvieron en 1550 Bartolomé de las Casas y Juan Gines de Sepúlveda*. Fondo de Cultura Económica.
- Haraway, Donna. (1989). *Primate Visions: Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. Routledge.
- Haraway, Donna. (2015). Anthropocene, Capitalocene, Plantationocene, Chthulucene: Making Kin. *Environmental Humanities*, 6(1), 159-165. <https://doi.org/10.1215/22011919-3615934>
- Hardy, Anne. (1993). Cholera, Quarantine and the English Preventive System, 1850-1895. *Medical History*, 37(3), 250-269. <https://doi.org/10.1017/S0025727300058440>
- Harrington, Anne. (2012). The art of medicine: The fall of the schizophrenogenic mother. *The Lancet*, 379(9823), 1292-1293. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60546-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60546-7)
- Harris, Gardiner. (2009). Drug Makers Are Advocacy Group's Biggest Donors, 21 October 2009. *The New York Times*.
- Hart, Bernard. (1931). Work of a child guidance clinic. *British Medical Journal*, 2(3689), 528-530. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.3689.528>
- Healy, William. (1915). *The individual delinquent* (Vol. 7, Número 1). Boston, Little, Brown, and Company.

- Heath, Iona. (2006). Combating disease mongering: Daunting but nonetheless essential. *PLoS Medicine*, 3(4), 448-451. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030146>
- Helms, Janet E. (2012). A Legacy of Eugenics Underlies Racial-Group Comparisons in Intelligence Testing. *Industrial and Organizational Psychology*, 5(2), 176-179. <https://doi.org/10.1111/j.1754-9434.2012.01426.x>
- Hentschel, Klaus (Ed.). (1996). *Physics and National Socialism*. Springer Basel. <https://doi.org/10.1007/978-3-0348-0203-1>
- Heumann, Judith, y Joiner, Kristen. (2020). *Being Heumann: An Unrepentant Memoir of a Disability Rights Activist*. Beacon Press.
- Hill Collins, Patricia. (2002). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Taylor & Francis e-Library.
- Hill, Cristopher. (1975). *Change and Continuity in 17th-Century England*. Harvard University Press.
- Hippius, Hanns, Möller, Hans-Jürgen, Müller, Norbert, y Neundörfer-Kohl, Gabriele. (2008). *The University Department of Psychiatry in Munich: From Kraepelin and his predecessors to molecular psychiatry*. Springer Medizin Verlag.
- Hitler, Adolf. (1939). *Main Kumpf*. Reynal & Hitchcock.
- Hitler, Adolf. (1943). *Mein Kampf*. Boston Houghton Mifflin Company.
- Hitler, Adolf. (2013). *Mi Lucha*. Sigfrido Casa Editora.
- Hoche, Alfred, Dening, R. G., Dening, T. R., y Berrios, G. E. (1991). The significance of symptom complexes in psychiatry. *History of Psychiatry*, 2(7), 329-343.
- Hodges, Richmond B., Survey, S. Geological, Colonel, C., y Kimball, Everett. (1926). The Institute of Child Guidance. *Science*, 64(1654), 243-244. <https://doi.org/10.1126/science.64.1654.243>
- Hölling, Iris. (2001). About the impossibility of a single (ex-)user and survivor of psychiatry position. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 410, 102-106.
- Hoover, Herbert. (1951). *The Memoirs of Herbert Hoover: Years of Adventure, 1874-1920*. The Macmillan Company.
- Horn, Margo. (1984). The Moral Message of Child Guidance, 1925–1945. *Journal of Social History*, 18(1), 25-36. <https://doi.org/10.1353/jsh/18.1.25>
- Houts, Arthur C. (2000). Fifty years of psychiatric nomenclature: Reflections on the 1943 war Department Technical Bulletin, Medical 203. *Journal of Clinical Psychology*, 56(7), 935-967. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200007\)56:7<935::AID-JCLP11>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200007)56:7<935::AID-JCLP11>3.0.CO;2-8)
- Howard-Jones, Norman. (1975). *The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938* (History of International Public Health No. 1). World Health Organization.
- Howard-Jones, Norman. (1978). *International public health: The organizational problems between the two World Wars* (History of International Public Health No. 3). World Health Organization.
- Howard-Jones, Norman. (1981). The World Health Organization in historical perspective. *Perspectives in biology and medicine*, 24(3), 467-482. <https://doi.org/10.1353/pbm.1981.0011>
- Huertas, Rafael. (1992). Madness and degeneration, I. From “fallen angel” to mentally ill. *History of Psychiatry*, 3(12), 391-411. <https://doi.org/10.1177/0957154X9200301201>
- Huertas, Rafael. (1993). Madness and degeneration, III. Degeneration and criminality. *History of Psychiatry*, 4(14), 141-158. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Hughes, Joan. (2006). *Movements in the 1970s*. Survivors History Group.
- Hull, Clark Leonard. (1933). *Hypnosis and suggestibility, an experimental approach*. D. Appleton-Century Company.

- Human Rights Committee. (2014). *General comment No. 35. Article 9 (Liberty and security of person)* (CCPR/C/GC/35). United Nations. International Covenant on Civil and Political Rights.
- Human Welfare Group. (1929). *Yale proposes to study man*. Yale University Press.
- Huneke, Samuel Clowes. (2019). The duplicity of tolerance: Lesbian experiences in Nazi Berlin. *Journal of Contemporary History*, 54(1), 30-59. <https://doi.org/10.1177/0022009417690596>
- Huneke, Samuel Clowes. (2021). Heterogeneous Persecution: Lesbianism and the Nazi State. *Central European History*, 54(2), 297-325. <https://doi.org/10.1017/S0008938920000795>
- Hunt, Paul. (2022). *Collected Works of Paul Hunt* (Luke Beesley (Ed.)). TBR Imprint.
- Hunter Miller, David. (1928). *The Drafting of the Covenant: Vol. I*. G. P. Putnam's Sons.
- Hunter, W. S. (1949). James Rowland Angell, 1869-1949. *The American Journal of Psychology*, 62(3), 439-450.
- Hunter, William. (1927). Chronic Sepsis as a Cause of Mental Disorder. *Journal of Mental Science*, 73(303), 549-563. <https://doi.org/10.1192/bjp.73.303.549>
- Huntford, Roland. (1997). *Nansen: The Explorer as Hero*. Gerald Duckworth & Co.
- Hurst, Rachel. (2005). Disabled Peoples' International: Europe and the social model of disability. En Colin Barnes y Geof Mercer (Eds.), *The Social Model of Disability: Europe and the Majority World* (pp. 65-79). The Disability Press.
- Hutchins, Robert M. (1929). An Institute of Human Relations. *American Journal of Sociology*, 35(2), 187-193. <https://doi.org/10.1080/0034408290240614>
- Hutchinson, John F. (1995). «Custodians of the sacred fire»: the ICRC and the postwar reorganisation of the International Red Cross. En Paul Julian Weindling (Ed.), *International health organizations and movements* (pp. 17-35). Cambridge University Press.
- Huxley, Aldoux. (2021). *Un mundo feliz*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Huxley, Julian. (1946). *UNESCO: Its Purpose and Philosophy*. Preparatory Commission of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Huxley, Tomas Henry. (1863). *Evidence as to man's place in nature*. Williams & Norgate.
- IDA. (2008). *Contribution to the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights' thematic study to enhance awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, focusing on legal measures key for the ratification an*. International Disability Alliance, CRPD Forum International. Disponible en: http://wnusp.net/documents/IDA_CRPDForum.pdf
- IDA. (2023). *History, International Disability Alliance*. Disponible en: <https://www.internationaldisabilityalliance.org/content/history>
- IDC. (2004). *Comments by NGOs at the Fourth Session International Disability Caucus - Final Statement*. CRPD Negotiation Archives. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc4idcfinal.htm>
- IDC. (2006a). *IDC proposed text on definitions*. CRPD Negotiation Archives. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc8docs/ahc8idcdeftext.doc>
- IDC. (2006b). *International Disability Caucus News Page for Monday, 21 August*. CRPD Negotiation Archives. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc8docs/ahc8idcreactcomp1.doc>
- IDC. (2006c). *Working Text as Amended by the IDC according to the Chair Proposed Program for the 8AHC 1st week*. CRPD Negotiation Archives. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc8docs/ahc8idcamw1cor1.doc>

- Iga, Daniel Mwesigwa. (2021). Fostering community responsibility: Perspectives from the Pan African network of people with psychosocial disabilities. En Peter Beresford y Jasna Russo (Eds.), *The Routledge International Handbook of Mad Studies* (pp. 60-62). Routledge.
- ILF. (1971). Insane Liberation Front: Insane Manifesto. En Agel Jerome (Ed.), *The Radical Therapist: therapy means CHANGE not adjustment* (pp. 107-108). Ballantine Books.
- Instituto Iberoamericano de Derecho Comparado. (1920). *El Tratado de Versalles de 1919 y sus antecedentes*. Publicaciones del Instituto Iberoamericano de Derecho Comparado.
- International Preparatory Commission. (1948). International Congress on Mental Health London, August, 1948 Statement. *Psychiatry*, 11(3), 235-261. <https://doi.org/10.1080/00332747.1948.11022687>
- Irwin, Eric, Mitchell, Lesley, Durkin, Liz, y Douieb, Brian. (1972). *The Need for a Mental Patients Union's. Survivors History Group*. Disponible en: <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#FishPamphlet>
- Irwin, Julia F. (2012). The Great White Train: typhus, sanitation, and U.S. International Development during the Russian Civil War. *Endeavour*, 36(3), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.endeavour.2012.03.001>
- Irwin, Julia F. (2013). *Making the World Safe: The American Red Cross and a Nation's Humanitarian Awakening*. Oxford University Press.
- ISSSTE. (2019). *Hablemos de Discapacidad*. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/hablemos-de-discapacidad>
- Jacob, Jean Daniel, y Foth, Thomas. (2013). Expanding our understanding of sovereign power: on the creation of zones of exception in forensic psychiatry. *Nursing Philosophy*, 14(3), 178-185. <https://doi.org/10.1111/nup.12017>
- Jaramillo, Santiago. (2020). Del nazismo a los pinceles. Politización del arte pictórico bajo el régimen de la Alemania Nazi, 1933-1945. *Quirón. Revista de Estudiantes de Historia*, 6(12), 94-105.
- Jatuff, José. (2021). *Strenuous mood e individuo excepcional. Fuentes, naturaleza y posibilidades de una moral heroica en William James*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Jensen, Karl Bach. (1991). *Pressemitteilung: Europäisches Netzwerk von Psychiatrie-betroffenen*. Zandvoort/Amsterdam, 12. November 1991. European Network of ex-Users and Survivors of Psychiatry. Disponible en: <https://enusp.org/pressemitteilung-europaisches-netzwerk-von-psychiatrie-betroffenen-gegrundet-zandvoort-amsterdam-12-november-1991/>
- Jensen, Kristian. (1936). Obituary. Sir George S. Buchanan, C.B. M.D., F.R.C.P. *British Medical Journal*, 2(3954), 788-789. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.3954.788>
- Jerome, Agel (Ed.). (1971). *The Radical Therapist: therapy means CHANGE not adjustment*. Ballantine Books.
- John, P., y Nadine, M. (2006). The Origins of Scientific Racism. *The Journal of Blacks in Higher Education*, 50(50), 66-79. <https://www.jstor.org/stable/25073379>
- Jones, Kathleen W. (1998). "Mother made me do it": Mother-blaming and the women of child guidance. En Molly Ladd-Taylor y Lauri Umansky (Eds.), *"Bad" mothers: The politics of blame in twentieth-century America* (pp. 99-126). NYU Press
- Jones, Kathleen W. (1999). *Taming the Troublesome Child*. Harvard University Press.
- Jones, Mark. (2016). *Founding Weimar: Violence and the German Revolution of 1918-1919*. Cambridge University Press.
- Jones, Nigel. (2004). *Hitler's Heralds: Story of the Freikorps, 1918-1923*. Lume Books.

- Joseph, Jay. (2004). *The Gene Illusion: Genetic Research in Psychiatry and Psychology Under the Microscope*. Algora Publishing.
- Joseph, Jay. (2005). The 1942 'euthanasia' debate in the American Journal of Psychiatry. *History of Psychiatry*, 16(2), 171-179. <https://doi.org/10.1177/0957154X05047004>
- Joseph, Jay. (2006). *The missing gene: Psychiatry, Heredity, and the Fruitless Search for Genes*. Algora Publishing.
- Joseph, Jay. (2016). *The trouble with twin studies: a reassessment of twin research in the social and behavioral sciences*. Routledge.
- Joseph, Jay, y Wetzell, Norbert A. (2013). Ernst Rüdin: Hitler's Racial Hygiene Mastermind. *Journal of the History of Biology*, 46(1), 1-30. <https://doi.org/10.1007/s10739-012-9344-6>
- Juárez-Barrera, Fabiola, y Bueno-Hernández, A. Alfredo. (2017). La influencia del darwinismo sobre los conceptos raciales en México. *Asclepio*, 69(1), 174. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.06>
- Junta de l'ACPSM-AEN Catalunya. (2021). *Comunicat per a la Fundació de la Marató de Tv3 per avançar en la salut mental comunitària i superar reduccionismes en salut*, Barcelona 17 de juny 2021.
- Kanner, Leo. (1942). Exoneration of the feeble-minded. *American Journal of Psychiatry*, 99(1), 17-22. <https://doi.org/10.1176/ajp.99.1.17>
- Kant, Immanuel. (2012). *Contestación a la pregunta: ¿Qué es la Ilustración?* Taurus.
- Kaplan, Robert, y Garry, Walter. (2012). From Kraepelin to Karadzic: Psychiatry's Long Road to Genocide. En Colin Tatz (Ed.), *Genocide Perspectives IV. Essays on Holocaust and Genocide* (pp. 122-165). The Australian Institute for Holocaust & Genocide Studies, UTSePress.
- Kayess, Rosemary, y French, Phillip. (2008). Out of darkness into light? Introducing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Human Rights Law Review*, 8(1), 1-34. <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngm044>
- Kayser, John A. (2005). *The Early History of Racially Segregated, Southern Schools of Social Work Requesting or Receiving Funds from the Rockefeller Philanthropies and the Responses of Social Work Educators to Racial Discrimination*. Rockefeller Archive Center.
- Kennedy, David M. (1975). Overview: The Progressive Era. *The Historian*, 37(3), 453-468. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6563.1975.tb00037.x>
- Kennedy, Foster. (1942). The problem of social control of the congenital defective: Education, Sterilization, Euthanasia. *American Journal of Psychiatry*, 99(1), 13-16. <https://doi.org/10.1176/ajp.99.1.13>
- Kevles, Daniel J. (1986). *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*. University of California Press.
- Keynes, John Maynard. (1920). *The Economic Consequences of the Peace*. Macmillan and Co.
- Kimmelman, Barbara A. (1983). The American Breeders' Association: Genetics and Eugenics in an Agricultural Context, 1903-13. *Social Studies of Science*, 13(2), 163-204. <https://doi.org/10.1177/030631283013002001>
- Kirihara, Naoyuki. (2021). The social movement of people with psychosocial disabilities in Japan. En *The Routledge International Handbook of Mad Studies* (pp. 66-75). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429465444-11>
- Klautke, Egbert. (2016). 'The Germans are beating us at our own game': American eugenics and the German sterilization law of 1933. *History of the Human Sciences*, 29(3), 25-43. <https://doi.org/10.1177/0952695116631230>
- Klee, Ernst (Ed.). (1986). *Dokumente zur «Euthanasie»*. Fischer Taschenbuch Verlag.

- Klee, Ernst. (1999). *Speech at the Hamburg University: Killing by starvation in the institutions and other previous crimes of psychiatry*. Freedom from Fear. Disponible en: <https://www.irren-offensive.de/kleespeech.htm>
- Klein, Julie Thompson. (1990). *Interdisciplinarity: History, theory, and practice*. Wayne state university press.
- Klein, Naomi. (2007). *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*. Metropolitan Books.
- Kleintjes, S., Lund, C., y Swartz, L. (2013). Organising for self-advocacy in mental health: Experiences from seven African countries. *African Journal of Psychiatry (South Africa)*, 16(3), 187-195. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v16i3.25>
- Klemperer, Victor. (2001). *LTI. La lengua del Tercer Reich: Apuntes de un filólogo*. editorial minúscula.
- Klotz, Waldter C. (1919). The work of the American Commission for the Prevention of Tuberculosis in France: The Rockefeller Foundation. *British Journal of Tuberculosis*, 13(3), 112-118. [https://doi.org/10.1016/S0366-0850\(19\)80003-0](https://doi.org/10.1016/S0366-0850(19)80003-0)
- Knox, Robert. (1850). *The Races of Men: a fragment*. Henry Renshaw.
- Kopeloff, Nicholas, y Kirby, George H. (1923). Focal Infection and Mental Disease. *American Journal of Psychiatry*, 80(2), 149-197. <https://doi.org/10.1176/ajp.80.2.149>
- Kösters, Gundula, Steinberg, Holger, Kirkby, Kenneth Clifford, y Himmerich, Hubertus. (2015). Ernst Rüdin's Unpublished 1922-1925 Study "Inheritance of Manic-Depressive Insanity": Genetic Research Findings Subordinated to Eugenic Ideology. *PLoS Genetics*, 11(11), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1005524>
- Kraepelin, Emil. (2007). 'On the Question of Degeneration'. *History of Psychiatry*, 18(3), 399-404. <https://doi.org/10.1177/0957154X070180030502>
- Kubie, Laerence S. (1971). In Memoriam. G. Brock Chisholm 1896-1971. *American Journal of Psychiatry*, 128(3), 362-363.
- Laclau, Ernesto, y Mouffe, Chantal. (1987). *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. Siglo XXI.
- Lamb, Susan D. (2014). *Pathologist of the Mind: Adolf Meyer and the Origins of American Psychiatry*. Johns Hopkins University Press.
- Lara, Claude. (1998). *La Declaración Universal de Derechos Humanos: nacimiento, negociación y adopción*. Ecuador Diplomacia y Cultura. Disponible en: <http://ecuadordiplomaciaycultura.com/la-declaracion-universal-de-derechos-humanos-nacimiento-negociacion-y-adopcion/>
- Larsen, Lars Thorup. (2022). Not merely the absence of disease: A genealogy of the WHO's positive health definition. *History of the Human Sciences*, 35(1), 111-131. <https://doi.org/10.1177/0952695121995355>
- Lauren, Paul Gordon. (2013). *The Evolution of Human Rights: Visions Seen*. University of Pennsylvania Press.
- Laval, Christian, y Dardot, Pierre. (2013). *La nueva razón del mundo*. Editorial Gedisa.
- League of Nations. (1919a). *Health Organisation - Mr. R. B. Fosdick - Result of interview with Mr. Steegman. Gives full list of resolutions passed at the Conference. Suggests he and Mr. Steegman work out a plan for a Health Organisation between them, 1919.08.28 (R811-1/12B/921/126)*. United Nations Archives at Geneva.
- League of Nations. (1919b). *Public Health - Major the Honorary Waldorf Astor - Letter transmitting Draft-Minutes of International Conference on Public Health, held on 29th and 30th July at the University of Health (R811-1/12B/684/126)*. United Nations Archives at Geneva.

- League of Nations. (1920). *Recommendations of the International Health Conference relating to the Establishment of an International Health Organisation under the League* (C-1920-20-4-81_B). United Nations Archives at Geneva.
- League of Nations. Secretariat. (1928). *The League of Nations: A Pictorial Survey*. League of Nations.
- League of Nations. (1927). *Annual Report of the Health Organization for 1926, Geneva, February 4th, 1927*. Publications of the League of Nations.
- League of Nations Council. (1920). *Recommendations of the International Health Conference relating to the establishment of an international health organisation under the League: amended scheme adopted by the Council of the League of Nations meeting at San Sebastian, on 3rd August 1920* (Document de l'Assemblée 14. 20/48/14). Internet Archive. Collection University of Toronto - Robarts Library. Disponible en: <http://archive.org/details/recommendationso00leag>
- Learly, Virginia A. (1994). The Right to Health in International Human Rights Law. *Health and Human Rights*, 1(1), 24-56.
- Lees, Nicholas. (2021). The Brandt Line after forty years: The more North-South relations change, the more they stay the same? *Review of International Studies*, 47(1), 85-106. <https://doi.org/10.1017/S026021052000039X>
- Lefort, Claude. (1986a). Democracy and Totalitarianism. En *The Political Forms of Modern Society* (pp. 237-319). MIT Press.
- Lefort, Claude. (1986b). *The Political Forms of Modern Society Bureaucracy, Democracy, Totalitarianism*. MIT Press.
- Lefort, Claude, Translated by Jesse Cordes Selbin. (2013). International Law, Human Rights, and Politics. *Qui Parle*, 22(1), 117. <https://doi.org/10.5250/quiparle.22.1.0117>
- LeFrançois, Brenda, Beresford, Peter, y Russo, Jasna. (2016). Editorial: Destination Mad Studies. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 5(3), 1-10.
- Lehner, Ludwig. (1947). Affidavit concerning the killing of children (by starvation) at Eglfing-Haar asylum (euthanasia). Document NO-863. Harvard Law School Library Nuremberg Trials Project.
- Lenin, V. I. (1966). *El imperialismo, fase superior del capitalismo*. Editorial Progreso.
- Lenz, Fritz. (1923). Fünfter Abschnitt: Die Erbllichkeit der geistigen Begabung. Von Privatdozent. En *Grundriss der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene* (pp. 371-433). J.F. Lehmanns Verlag.
- Lévinas, Emmanuel. (1993). *El Tiempo y el Otro*. Ediciones Paidós.
- Lévinas, Emmanuel. (2002). *Totalidad e infinito*. Ediciones Sígueme.
- Levy, David M. (1968). Beginnings of the child guidance movement. *American Journal of Orthopsychiatry*, 38(5), 799-804. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1968.tb00597.x>
- Lewis, Bradley. (2006). A mad fight: Psychiatry and disability activism. En Lennard J. Davis (Ed.), *The Disability Studies Reader, Second Edition*. Routledge.
- Lidz, Theodore. (1966). Adolf Meyer and the development of American psychiatry. *The American journal of psychiatry*, 123(3), 320-332. <https://doi.org/10.1176/ajp.123.3.320>
- Lifton, Robert Jay. (1986). *The Nazi doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. Basic Books.
- Lima, Deivson Wendell da Costa, Paixão, Ana Karla Ramalho, Bezerra, Kelianny Pinheiro, Freitas, Rodrigo Jacob Moreira de, Azevedo, Livia Dayane Sousa, y Moraes, Fátima Raquel Rosado. (2021). Humanização no cuidado em saúde mental: compreensões dos

- enfermeiros. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 17(1), 58-65. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.164401>
- Lizama, Víctor. (2020). *Acceso a la justicia para personas con discapacidad psicosocial e intelectual. La experiencia del equipo de personas facilitadoras de Documenta. Ciclo de conversatorios desde la Diversidad*. ActivaMent Catalunya Associació.
- Lizama, Víctor, y Gutiérrez Ramírez, Ilse. (2022). La reforma en materia de salud mental: lo que se logró y lo que falta. *Nexos*. Disponible en: <https://discapacidades.nexos.com.mx/la-reforma-en-materia-de-salud-mental-lo-que-se-logro-y-lo-que-falta/>
- Logan, Cheryl A. (2005). The legacy of Adolf Meyer's comparative approach: Worcester rats and the strange birth of the animal model. *Integrative Physiological & Behavioral Science*, 40(4), 169-181. <https://doi.org/10.1007/BF02915214>
- Loinaz, Ismael, Echeburúa, Enrique, y Irureta, Mayalen. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 19(2), 421-438.
- Lombroso, Cesare. (1871). *L'uomo bianco e l'uomo di colore, letture sull' origine e le varietà delle razze umane*. Premiata Tipografia Edit. F. Sacchetto.
- Lombroso, Cesare. (1897). *L'uomo delinquente in rapporto all' antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*. Atlante. Fratelli Bocca.
- Lopera-Echavarría, Juan. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 32(1), 11-20.
- López-Muñoz, Francisco, Alamo, Cecilio, Dudley, Michael, Rubio, Gabriel, García-García, Pilar, Molina, Juan D., y Okasha, Ahmed. (2007). Psychiatry and political-institutional abuse from the historical perspective: The ethical lessons of the Nuremberg Trial on their 60th anniversary. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(4), 791-806. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.12.007>
- López-Muñoz, Francisco, Alamo, Cecilio, García-García, Pilar, Molina, Juan D., y Rubio, Gabriel. (2008). The role of psychopharmacology in the medical abuses of the Third Reich: From euthanasia programmes to human experimentation. *Brain Research Bulletin*, 77(6), 388-403. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2008.09.002>
- López-Sáez, Miguel Ángel, y García-Daude, Dau. (2020). The masculinity/femininity tests as psychological technologies for gender control. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 20(2), 2521. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2521>
- Lord, Janet E. (2004). Mirror, Mirror on the Wall: Voice Accountability and NGOs in Human Rights Standard Setting. *Seton Hall Journal of Diplomacy and International Relations*, 5(March), 93-110.
- Lord, Janet E., Suozzi, David, y Taylor, Allyn L. (2010). Lessons from the Experience of U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Addressing the Democratic Deficit in Global Health Governance. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 38(3), 564-579. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2010.00512.x>
- Lovell, Anne M., Read, Ursula M., y Lang, Claudia. (2019). Genealogies and Anthropologies of Global Mental Health. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 43(4), 519-547. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09660-7>
- LRCS. (1919). *Proceedings of the Medical Conference Held at the Invitation of the Committee of Red Cross Societies, Cannes, France, April 1 to 11, 1919*. The League of Red Cross Societies.

- LSN. (2004a). *Daily Summary related to Draft Article 3 DEFINITIONS Prepared by Landmine Survivors Network, Working Group, January 13, 2004*. CRPD Negotiation Archives. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc3summary.htm>
- LSN. (2004b). *Fourth session of the Ad Hoc Committee. Daily summary of discussions related to Article 3 DEFINITIONS, August 23, 2004*. (pp. 3-7). CRPD Negotiation Archives. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc4sumart03.htm>
- Lugones, María. (2007). Heterosexualism and the Colonial / Modern Gender System. *Hypatia*, 22(1), 186-209. <https://doi.org/10.1353/hyp.2006.0067>
- Lugones, María. (2008). Colonialidad y género: hacia un feminismo descolonial. En Walter Mingolo (Ed.), *Género y descolonialidad* (pp. 13-54). Ediciones del signo.
- Lugones, María. (2016). Hacia un feminismo descolonial. *La Manzana de la Discordia*, 6(2), 105. <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v6i2.1504>
- Luxemburgo, Rosa. (2002). *Reforma o Revolución*. Fundación Federico Engels.
- Luxemburgo, Rosa. (2017a). *La crisis de la socialdemocracia*. Editor digital titivilus.
- Luxemburgo, Rosa. (2017b). *La Revolución rusa*. Editor digital titivilus.
- Luxemburgo, Rosa, y Liebknecht, Karl. (2009). *La revolución alemana de 1918-19*. Editor digital titivilus.
- MacLeod, R. M. (1967). Law, medicine and public opinion: the resistance to compulsory health legislation 1870-1907. *Public law*, 107-128.
- MacMillan, Margaret. (2001). *París, 1919. Seis meses que cambiaron el mundo*. Editor digital JeSsE.
- Macpherson, C. B. (2005). *La teoría política del individualismo posesivo. De Hobbes a Locke*. Editorial Trota.
- Maddux, Harry. (2007). William James and His Individual Crisis. *Languages, Literature & Philosophy Faculty Research*, 2. Disponible en: <https://digitalscholarship.tnstate.edu/llp/2>
- Madley, Benjamin. (2005). From Africa to Auschwitz: How German South West Africa incubated ideas and methods adopted and developed by the Nazis in Eastern Europe. *European History Quarterly*, 35(3), 429-464. <https://doi.org/10.1177/0265691405054218>
- Madness Canada. (2022). *In A Nutshell Collection, 1971-1981*. Disponible en: <https://madnesscanada.com/resources/voices/mpa-in-a-nutshell-collection-1971-1981/>
- Maina Wangechi, Edah. (s. f.). *Persons Living with Psychosocial Disabilities in Kenya*. CRPD Negotiation Archives. Disponible en: http://www.un.org/disabilities/documents/mental_disabilities_kenya.doc
- Maisel, Albert Q. (1946). Bedlam 1946: Most US mental hospitals are a shame and a disgrace. *Life Magazine*, 20(18), 102-118.
- Maldonado-Torres, Nelson. (2007). Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. En Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel (Eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 127-167). Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- Mantoux, Etienne. (1946). *Carthaginian peace or the economic consequences of Mr Keynes*. Oxford University Press, London.
- Marder, Arthur J. (1970). *From the Dreadnought to Scapa Flow. Volume 05, 1918-1919 - Victory and Aftermath*. Oxford University Press.
- Marhoefer, Laurie. (2016). Lesbianism, transvestitism, and the nazi state: A microhistory of a gestapo investigation, 1939-1943. *American Historical Review*, 121(4), 1167-1195. <https://doi.org/10.1093/ahr/121.4.1167>

- Martin, Michael, Karenberg, Axel, y Fangerau, Heiner. (2020). Neurowissenschaftler am Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung im „Dritten Reich“: Oskar Vogt – Hugo Spatz – Wilhelm Tönnis. *Der Nervenarzt*, 91(S1), 89-99. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00847-2>
- Martin, Michael, Karenberg, Axel, y Fangerau, Heiner. (2022). Legalisierte Entrechtung: zur juristischen Konstruktion von Entlassung und Vertreibung im Nationalsozialismus. *Der Nervenarzt*, 93(S1), 9-15. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01308-z>
- Martínez-Hernández, Ángel. (2018). *Síntomas y pequeños mundos: un ensayo antropológico sobre el saber psiquiátrico y las aflicciones humanas*. Anthropos Editorial y Universidad Autónoma de México-Iztapalapa.
- Martinez, Kathy. (2003). El movimiento de Vida Independiente en Estados Unidos. En *El movimiento de Vida Independiente: experiencias internacionales* (pp. 135-156). Fundación Luis Vives.
- Martinhago, Fernanda, y Caponi, Sandra. (2019). Breve história das classificações em psiquiatria. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 16(1), 73-90. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>
- Mateos Jiménez, Juan B. (2005). Actas de las Conferencias Sanitarias Internacionales (1851-1938). *Revista Española de Salud Pública*, 79(3), 339-349.
- Maul, Daniel. (2020). The International Labour Organization: 100 Years of Global Social Policy. En *The International Labour Organization: 100 Years of Global Social Policy*. <https://doi.org/10.1515/9783110650723>
- May, Mark Arthur. (1936). Is There a Science of Human Relations? *The Family*, 17(5), 139-144. <https://doi.org/10.1177/104438943601700501>
- May, Mark Arthur. (1943). *A social psychology of war and peace*. Yale University. Institute of Human Relations.
- May, Mark Arthur. (1971). A Retrospective View of the Institute of Human Relations at Yale. *Behavior Science Notes*, 6(3), 141-172. <https://doi.org/10.1177/106939717100600301>
- May, Mark Arthur, y Doob, Leonard William. (1937). *Competition and cooperation*. Social Science Research Council.
- Mayes, Rick, y Horwitz, Allan V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- Mayo, Elton. (2003). *The Human Problems of an Industrial Civilization*. Routledge.
- Mazumdar, Pauline. (2005). *Eugenics, Human Genetics and Human Failings*. Routledge.
- McCommon, Benjamin. (2006). Antipsychiatry and the Gay Rights Movement. *Psychiatric Services*, 57(12), 1809-1809. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.12.1809>
- McDonald, Gina, y Oxford, Mike. (1995). *History of independent living*. ILRU. Disponible en: <https://www.ilru.org/history-independent-living>
- McLean, Athena Helen. (2000). From Ex-Patient Alternatives to Consumer Options: Consequences of Consumerism for Psychiatric Consumers and the Ex-Patient Movement. *International Journal of Health Services*, 30(4), 821-847. <https://doi.org/10.2190/3TYX-VRRK-XKHA-VB1Q>
- McRuer, Robert. (2007). Taking It to the Bank: Independence and Inclusion on the World Market. *Journal of Literary & Cultural Disability Studies*, 1(2), 5-14. <https://doi.org/10.3828/jlcds.1.2.3>
- Mead, Margaret. (1935). *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. Routledge & Kegan Paul Ltd.

- Meana, J. Javier, y Mollinedo-Gajate, Irene. (2017). Biomarcadores en Psiquiatría: entre el mito y la realidad clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(4), 183-184. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.04.003>
- Medvene, Louis J., y Krauss, David H. (1989). Causal Attributions and Parent-Child Relationships in a Self-Help Group for Families of the Mentally III. *Journal of Applied Social Psychology*, 19(17), 1413-1430. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1989.tb01456.x>
- Mendoza, Breny. (2006). Los fundamentos no democráticos de la democracia: un enunciado desde Latinoamérica pos occidental. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, 3(2), 85-94.
- Merivale, W. (1971). Obituary Notices. G. Brock Chisholm. *British Medical Journal*, 463.
- Meyer, Adolf. (1903). An Attempt at Analysis of the Neurotic Constitution. *The American Journal of Psychology*, 14(3), 90-103.
- Meyer, Adolf. (1908). The Role of the Mental Factors in Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 65(1), 39-56. <https://doi.org/10.1176/ajp.65.1.39>
- Meyer, Adolf. (1919). The right to marry: what can a democratic civilization do about heredity and child welfare. En *Mental Hygiene: Volume III* (pp. 48-58). National Committee for Mental Hygiene.
- Meyer, Adolf. (1928a). Presidential address: thirty-five years of psychiatry in the United States and our present outlook. *American Journal of Psychiatry*, 85(1), 1-31.
- Meyer, Adolf. (1928b). The "Complaint" as the Center of Genetic-Dynamic and Nosological Teaching in Psychiatry. *New England Journal of Medicine*, 199(8), 360-370. <https://doi.org/10.1056/NEJM192808231990802>
- Meyer, Adolf. (1933). The Fourteenth Maudsley Lecture: British Influences in Psychiatry and Mental Hygiene. *Journal of Mental Science*, 79(326), 435-463. <https://doi.org/10.1192/bjps.79.326.435>
- Meyer, Adolf. (1934). Henry A. Cotton. *American Journal of Psychiatry*, 90(4), 921-923.
- Meyer, Adolf, y Lief, Alfred. (1948). *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer: Fifty-two selected papers*. McGraw-Hill Book Company.
- Meyer, Adolph. (1908). Reviewed Work(s): A Mind That Found Itself: An Autobiography by Clifford Whittingham Beers. *The North American Review*, 187(629), 611-614.
- Meyerowitz, Joanne. (2010). How common culture shapes the separate lives: Sexuality, Race, and Mid-twentieth-century social constructionist thought. *Journal of American History*, 96(4), 1057-1084. <https://doi.org/10.1093/jahist/96.4.1057>
- MFI. (2008). *Timeline of MindFreedom Organizational Development* — MFI Portal, February 22, 2008. Disponible en: <https://mindfreedom.org/kb/history/mf-timeline>
- MFI. (2022). *About MFI - MindFreedom International (MFI)*. Disponible en: <https://mindfreedom.org/about-mfi/>
- Mignolo, Walter D. (2000). *Local Histories/Global Designs: Coloniality, Subaltern Knowledges, and Border Thinking*. Princeton University Press.
- Miller, Jenny. (2021). *History – Madness Network News*. Madness Network News. Disponible en: <https://madnessnetworknews.com/history/>
- Miller, Jenny, Walker, Dianne, y Temkin, Tanya. (2021). *A Statement from the Original Editors of MNN – Madness Network News*. Madness Network News. Disponible en: <https://madnessnetworknews.com/statements/a-statement-from-the-editors-of-madness-network-news/>
- Miller, Peter, y O'Leary, Ted. (1987). Accounting and the construction of the governable person. *Management Control Theory*, 12(3), 411-441. <https://doi.org/10.1016/b978-008044725-4/50012-6>

- Millett, Kate. (2019). *Viaje al manicomio*. Seix Barral.
- Millett, Kate, Fleet, Ken, Hertzog, Esther, Leifer, Ron, Mabe, Jacob Emanuel, Narr, Wolf-Dieter, y Vatz, Richard E. (2001). *Majoritarian Verdict of the Russell Tribunal on Psychiatry*. Russell Tribunal on Human Rights in Psychiatry. Disponible en: <https://www.freedom-of-thought.de/>
- Mills, China. (2014). *Decolonizing Global Mental Health: The Psychiatrization of the Majority World*. Routledge.
- Mills, China. (2015). The global politics of disablement: assuming impairment and erasing complexity. En Helen Spandler, Jill Anderson, y Bob Sapey (Eds.), *Madness, distress and the politics of disablement* (pp. 199-213). Policy Press.
- Mills, China, y Fernando, Suman. (2014). Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health. *Open Access*, 1(2), 188-202.
- Minkowitz, Tina. (2012a). CRPD Advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The Emergence of an User/Survivor Perspective in Human Rights. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2326668>
- Minkowitz, Tina. (2012b). Forced psychiatric interventions: right to remedy and reparation. *Open Mind*. Disponible en: https://d3gqux9sl0z33u.cloudfront.net/AA/AG/chruspbiz/downloads/254413/Open_Minds_Reparations_article.docx
- Minkowitz, Tina. (2015). Advancing the rights of users and survivors of psychiatry using the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. En Helen Spandler, Jill Anderson, y Bob Sapey (Eds.), *Madness, distress and the politics of disablement* (pp. 171-182). Policy Press.
- Minkowitz, Tina. (2020). *Intervención de Tina Minkowitz en el Encuentro virtual en primera persona para una legislación libre de cuerdisimo y un modelo de atención al sufrimiento psicosocial basado en derechos humanos*. Coalición ActivaMent-Hierbabuena.
- Minkowitz, Tina. (2021a). *Reimagining Crisis Support*. Lilith's Warrior Press.
- Minkowitz, Tina. (2021b). Reparation for Psychiatric Violence: A Call to Justice. En Michael Ashley Stein, Faraaz Mahomed, Vikram Patel, y Charlene Editors Sunkel (Eds.), *Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights* (pp. 44-55). Cambridge University Press.
- MNN Collective. (1986). Working Draft to Abolish Psychiatry. *Madness Network News*, 8(3), 3-4. Disponible en: <https://madnessnetworknews.com/archives/archives-vol-8/>
- Mojica Perilla, Mónica, y Cadena Afanador, Laura Del Pilar. (2014). Formación del discurso en salud mental en la primera mitad del siglo XX. *MedUNAB*, 16(3), 118-126.
- Moncrieff, Joanna. (2006). Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), 301-302. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.4.301>
- Moncrieff, Joanna. (2001). Neoliberalism and biopsychiatry: a marriage of convenience. En Carl I. Cohen y Sami Timimi (Eds.), *Liberatory Psychiatry: Philosophy, Politics, and Mental Health* (pp. 235-256). Cambridge University Press.
- Moncrieff, Joanna. (2008b). *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Palgrave Macmillan.
- Moore, Jason W. (Ed.). (2016). *Anthropocene or Capitalocene? Nature, History, and the Crisis of Capitalism*. PM Press.
- Mora, Enrico, Pujal i Llombart, Margot, y Pérez-Pérez, Beatriz. (2018). *Transformacions Contemporànies de l'Atenció en Salut Mental: Projecte de Recerca Participativa* [manuscrito no publicado]. Universitat Autònoma de Barcelona.

- Mora, George. (1992). The history of psychiatry in the United States: historiographic and theoretical considerations. *History of Psychiatry*, 3(10), 187-201. <https://doi.org/10.1177/0957154X9200301003>
- Mora Hernández, Carlos Bretón. (2014). Los derechos humanos en Francisco de Vitoria. *Enclaves del pensamiento*, 14, 35-62.
- Morawski, J. G. (1986). Organizing Knowledge and Behavior at Yale's Institute of Human Relations. *Isis*, 77(2), 219-242. <https://doi.org/10.1086/354128>
- Morel, Bénédict Auguste. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Baillière.
- Moreno, Yera. (2016). *Reformulando la noción de sujeto desde el feminismo: de las propuestas teóricas a las prácticas artísticas*. Universidad Complutense de Madrid.
- Morey, Miguel. (2014a). *Escritos sobre Foucault*. Editorial Sexto Psio.
- Morey, Miguel. (2014b). *Lectura de Foucault*. Editorial Sexto Psio.
- Morey, Miguel. (2015). *Foucault y Derrida Pensamiento francés contemporáneo*. Batiscafo.
- Morgan, Lewis H. (1970). *La sociedad primitiva*. Ayuso.
- Morsink, Johannes. (1999a). *The Universal Declaration of Human Rights: Origins, Drafting, and Intent*. University of Pennsylvania Press.
- Morsink, Johannes. (1999b). The Women Lobby and Women Rights. En *The Universal Declaration of Human Rights: Origins, Drafting, and Intent* (pp. 116-129). University of Pennsylvania Press.
- Morsink, Johannes. (2009). *Inherent Human Rights: Philosophical Roots of the Universal Declaration*. University of Pennsylvania Press.
- Mouchenik, Yoram, y Fau-Vincenti, Véronique. (2020). The fate of Jews hospitalized in mental hospitals in France during World War II. *History of Psychiatry*, 31(2), 178-193. <https://doi.org/10.1177/0957154X20904317>
- Mouffe, Chantal. (2014). *Agonística: Pensar el mundo políticamente*. Fondo de Cultura Económica.
- Movimiento en Defensa de la Atención Pública a la Salud Mental. (2014). *Declaración de Atocha. En defensa de la atención pública a la salud mental, Madrid 26 de abril del 2014*. 1-8. Disponible en: <https://amsm.es/2014/05/20/declaracion-de-atocha-en-defensa-de-la-atencion-publica-a-la-salud-mental/>
- Mowrer, Orval H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological review*, 46(6), 553.
- Moynihán, Ray, y Henry, David. (2006). The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. *PLoS Medicine*, 3(4), e191. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030191>
- MPU. (1973). *Declaration of Intent of the Mental Patients Union agreed on Saturday 7 April 1973*. Survivors History Group. Disponible en: <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#MPUDeclaration>
- Müller-Hill, Benno. (1998). *Murderous Science: elimination by scientific selection of Jews, Gypsies, and others, Germany 1933-1945*. Woodbury: Cold Spring Harbor Laboratory Press.
- Müller-Hill, Benno. (2000). Truth, Justice, and Genetics. *Perspectives in Biology and Medicine*, 43(4), 577-583.
- Muller, Herman Josehp. (1933). Book Reviews: Human Heredity. *Birth Control Review*, 17(1), 19-21.
- Müller, Thomas, y Kanis-Seyfried, Uta. (2016). Implicaciones transnacionales en la historia de la psiquiatría: la reubicación de pacientes de Tirol del sur (Italia) en instituciones

- psiquiátricas alemanas, 1940-1945. *Asclepio*, 68(2), 160.
<https://doi.org/10.3989/asclepio.2016.32>
- Murphy, Gardner (Ed.). (1945). *Human Nature and Enduring Peace*. Society for the Psychological Study of Social Issues. The Riverside Press Cambridge.
- Naciones Unidas. (1945). *Carta de las Naciones Unidas, firmada el 26 de junio de 1945 (1 UNTS XVI)*. Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/un-charter/full-text>
- Naciones Unidas. (2001). *Informe de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, Durban, 31 de agosto a 8 de septiembre de 2001 (A/CONF.189/12)*. Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2008). *Informe de la Conferencia de Estados Partes en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, primer período de sesiones, Nueva York, 31 de octubre y 3 de noviembre de 2008 (CRPD/CSP/2008/4)*. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Naciones Unidas (2010). *Informe de la Conferencia de los Estados Partes en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad acerca de su tercer período de sesiones, Nueva York, 1 a 3 de septiembre de 2010 (CRPD/CSP/2010/3)*. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. (2009). *Estudio temático preparado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos para mejorar el conocimiento y la comprensión de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 26 January 2009 (A/HRC/10/48)*. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- NARPA. (1998). *1998 NARPA Conference: Redoubling our Efforts, November 19-22 in Albany, New York*. Conference News, National Association for Rights Protection and Advocacy. Disponible en: <http://old.narpa.org/webdoc1.htm>
- NARPA. (2019). *NARPA Mission Statement & NARPA Bylaws*. National Association for Rights Protection and Advocacy. Disponible en: <https://narpa.org/about>
- NARPA Board of Directors. (1998). National Association for Rights Protection and Advocacy, Mission Statement, Spring 1998. *The Rights Tenet*, 3.
- Nascimento, David Inácio. (2017). A loucura na vila: reflexões sobre a loucura em Tiradentes. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 14(1), 79.
<https://doi.org/10.5007/1807-1384.2017v14n1p79>
- National Archives and Records Administration. (1974). *Records of the United States. Nuremberg War Crimes Trial. United States of America v. Carl Brandt et al (Case 1)*. National Archives and Records Administration.
- National Council on Disability (US). (2000). *From privileges to rights: People labeled with psychiatric disabilities speak for themselves, January 20, 2000*. National Council on Disability.
- NCMH. (1912). *Proceeding of the Mental Hygiene Conference and Exhibit*. Committee on Mental Hygiene of the State Charities Aid Association.
- NCMH. (1913). *Hand Book of the Mental Hygiene Movement and Exhibit*. The National Committee for Mental Hygiene.
- NCMH. (1918a). *Report of The Maine Commission for The Feebleminded and of the Survey: Sept. 1, 1917 to Sept. 1, 1918*. The National Committee for Mental Hygiene.
- NCMH. (1918b). *War Work and Other Special Activities of The National Committee for Mental Hygiene*. College of Physicians and Surgeons Library.
- Network to Abolish Psychiatry Statement of Purpose. (1986). *Madness Network News*, 8(3), 9-10. Disponible en: <https://madnessnetworknews.com/archives/archives-vol-8/>

- Neu, Charles E. (2014). *Colonel House: A Biography of Woodrow Wilson's Silent Partner*. Oxford University Press.
- Neuman, Gerald L. (2021). Divergent Human Rights Approaches to Capacity and Consent. En *Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights* (pp. 56-69). Cambridge University Press.
- Noll, Steven, y Trent Jr., James W. (Eds.). (2004). *Mental Retardation in America: A Historical Reader*. New York University Press.
- Novella, Enric J., y Huertas, Rafael. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a1>
- Nussbaum, Martha C. (2019). *The Cosmopolitan Tradition: A Noble but Flawed Ideal*. The Belknap Press of Harvard University Press.
- O'Brien, Gerald V. (2018). *Framing the moron: The social construction of feeble-mindedness in the American eugenic era*. Manchester University Press.
- O'Hagan, Mary. (1993). *Stopovers on my way home from Mars: A journey into the psychiatric survivor movement in the USA, Britain and the Netherlands*. Survivors Speak Out.
- O'Hagan, Mary. (2009). *Curriculum Vitae Mary O'Hagan*. Mary O'Hagan publications. Disponible en: <http://www.maryohagan.com/publications.php>
- Oaks, David. (2006). The Evolution of the Consumer Movement. *Psychiatric Services*, 57(8), 1212-1212. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.8.1212>
- Obituary, Edward John Steegmann. (1923). *The Lancet*, 1(24), 1236-1237.
- OHCHR. (2016). *New record: Translations of Universal Declaration of Human Rights pass 500*. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/WorldRecord.aspx>
- OHCHR. (2022). *The right to mental health*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/RighttoMentalHealth.aspx>
- Ojakangas, Mika. (2005). Impossible dialogue on bio-power: Agamben and Foucault. *Foucault Studies*, 2, 5-28. <https://doi.org/10.22439/fs.v0i2.856>
- Okpaku, Samuel O., y Biswas, Sanchita. (2014). History of global mental health. *Essentials of Global Mental Health*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/cbo9781139136341.004>
- Oliver, Michael. (1990). *The Politics of Disablement*. Macmillan Education.
- Oliver, Michael. (1996). *Understanding Disability*. Macmillan Education.
- Oliver, Michael. (2013). The social model of disability: Thirty years on. *Disability and Society*, 28(7), 1024-1026. <https://doi.org/10.1080/09687599.2013.818773>
- Oliver, Michael, y Barnes, Colin. (2012). *The New Politics of Disablement*. Palgrave Macmillan.
- Oliver, Michael, y Sapey, Bob. (1999). *Social Work with Disabled People*. Palgrave Macmillan.
- OMS. (1950). *Comité de Expertos en Higiene Mental OMS: informe de la segunda reunión, Ginebra, 11-16 de septiembre de 1950* (Serie de Informes Técnicos; no. 31). Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1958). *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1995). *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías*. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- OMS. (2001a). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2006). *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2022). *QualityRights Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS Actuar, unir y empoderar para la Salud Mental* (flyer). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qre-training>
- Oosterhuis, Harry. (2014). Mental health, citizenship, and the memory of World War II in the Netherlands (1945–85). *History of Psychiatry*, 25(1), 20-34. <https://doi.org/10.1177/0957154X13512075>
- Orefellen, Hege. (2015). *Torture and other ill-treatment in psychiatry – urgent need for effective remedies, redress and guarantees of non-repetition, side-event to the CRPD Committee, 30 March 2015, PW, conference room*. 1-8. Disponible en: <https://www.absoluteprohibition.org/hege-orefellen-on-reparations/>
- Ortiz Lobo, Alberto, y Ibañez Rojo, Vicente. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), 513-523. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272011120000002>
- Osborn, F. (1974). History of the American Eugenics Society. *Social Biology*, 21(2), 115-126. <https://doi.org/10.1080/19485565.1974.9988099>
- Paillette, Céline. (2010). De l'Organisation d'hygiène de la SDN à l'OMS. *Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin*, 32(2), 193. <https://doi.org/10.3917/bipr.032.0193>
- PANPPD. (2014). The Cape Town Declaration (16th October 2011). *Disability and the Global South*, 1(2), 385-386.
- Parker, Ian. (2001). Russell Tribunal on Human rights in Psychiatry & «Geist Gegen Genes». *Psychology in society*, 27, 120-122.
- Past Tense. (2016). Mental Patients Union founded to oppose psychiatric oppression, 1973. *Past Tense: London's radical histories and possibilities*. Disponible en: <https://pasttenseblog.wordpress.com/2016/03/21/today-in-londons-radical-history-mental-patients-union-founded-to-oppose-psychiatric-oppression-1973/>
- Parliament of the United Kingdom. (1995). *Disability Discrimination Act, 8 November 1995*. Disponible en: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/50/section/1/enacted>
- Parra Allen, Madeline Marie. (2018). *Confronting the power of psychiatry: the psychiatric survivors' movement*. University of Maryland.
- Pateman, Carole. (2019). *El contrato sexual*. Ménades.
- Patterson, K. David. (1993). Typhus and its control in Russia, 1870-1940. *Medical History*, 37(4), 361-381. <https://doi.org/10.1017/S0025727300058725>
- Paucar-Vélez, Laura. (2015). René Cassin y la Universalidad de los Derechos Humanos de 1948. *Puente Democrático Documentos*, XIII(53).
- Payer, Lynn. (1992). *Payer, Lynn. (1992). Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick*. John Wiley & Sons.
- Peidro, Santiago. (2021). La patologización de la homosexualidad en los Manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. *Revista de Bioética y Derecho*, 52, 221-235. <https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.31202>
- Penrose, L. S. (1944). *Results of special therapies in the Ontario hospitals: coma, Convulsions and Leucotomy up to November*. Ontario Department of Health.

- Pérez-Pérez, Beatriz, y Comelles, Josep M. (2022). Del degeneracionismo al exterminio en la psiquiatría nazi. De Arthur de Gobineau y Benedict Morel a Emil Kraepelin y Ernst Rüdin [Manuscrito enviado para publicación].
- Pérez-Pérez, Beatriz, Corominas, Tomás, Quintana i Alemany, Andrea, Aguiar-Muñoz, Cristina, Guzmán Martínez, Grecia, Sampietro, Hernán María, Sicilia-Matas, Laura, Pardo, Sol, Font Callejón, Marta, Tarancón Sánchez, Beatriz, Martínez Pujalte, Antonio Luís, y Minkowitz, Tina. (2019). *Informe Alternativo del Reino de España para la 21ª Sesión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad específico sobre el Colectivo en Primera Persona; personas ex-usuarias, usuarias y supervivientes de la psiquiatría...* Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCRPD%2FCSS%2FESP%2F33880&Lang=en
- Pérez-Pérez, Beatriz, y Eiroá-Orosa, Francisco José. (2017). *Guía de Derechos en Salud Mental*. Federació Veus.
- Pérez-Pérez, Beatriz, Pujal i Llombart, Margot, y Mora, Enrico. (2022a). Los derechos humanos y el poder psiquiátrico en disputa. ¿Hacia una radicalización de la democracia? *Revista Direito e Práxis, Ahead of print*. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2022/65459e>
- Pérez-Pérez, Beatriz, Pujal i Llombart, Margot, y Mora, Enrico. (2022b). Human rights and psychiatric power in dispute: Towards a radicalization of democracy? *Revista Direito e Práxis, Ahead of print*. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2022/65459i>
- Pérez-Pérez, Beatriz, Tarancón Sánchez, Beatriz, Corominas, Tomás, Aguiar-Muñoz, Cristina, Sampietro, Hernán María, y Minkowitz, Tina. (2020). *Enmiendas de la Coalición ActivaMent-Hierbabuena "Proyecto de Ley por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica"*. Coalición ActivaMent-Hierbabuena. Disponible en: <https://activament.org/es/2020/propostas-enmienda-reforma-legislacion-civil-y-procesal-para-el-ejercicio-de-la-capacidad-juridica-de-las-personas-con-discapacidad/>
- Perry, Barton Ralph. (1996). *The Thought and Character of William James*. Vanderbilt University Press.
- Peset, José Luis. (1983). *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Crítica.
- Peters, Uwe Henrik. (2001). Un siglo de psiquiatría alemana. *Persona*, 4, 11-52.
- Pick, Daniel. (1993a). *Faces of degeneration. An European disorder c.1848-c.1918*. Cambridge University Press.
- Pick, Daniel. (1993b). *War Machine: The Rationalisation of Slaughter in the Modern Age*. Yale University Press.
- Pié Balaguer, Asun. (2012). Fundamentos de la educación para la autonomía: los disability studies. En *Deconstruyendo la dependencia: propuestas para una vida independiente* (pp. 21-46). Editorial UOC.
- Pié Balaguer, Asun. (2020). *La insurrección de la vulnerabilidad. Para una pedagogía de los cuidados y la resistencia*. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Pié Balaguer, Asun, y Solé Blanch, Jordi. (2011). Deconstruir la discapacidad para repensar la autonomía: propuestas para una pedagogía de la interdependencia. En *Actas de XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación* (pp. 1-17). Universitat de Barcelona.
- Pinel, Philippe. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie* (Richard Caille et Ravier (Ed.)). Bibliothèque nationale de France.
- Plant, Richard. (1986). *The Pink Triangle: The Nazi war Against Homosexuals*. Henry Holt & Company.

- Plataforma per la Defensa de l'Atenció Pública en Salut Mental a Catalunya. (2014). *Manifiesto en Cataluña para la creación de una Plataforma en defensa de la atención pública en salud mental y Declaración de Barcelona (síntesis del Manifiesto)*. Disponible en: <https://www.fccsm.net/manifest-a-catalunya-per-la-creacio-duna-plataforma-en-defensa-de-latencio-publica-en-salut-mental/>
- Plumb, Anne. (1994). ...distress or disability? a discussion document, Occasional Paper. En Jill Anderson, Bob Sapey, y Helen Spandler (Eds.), *Distress or Disability? Proceedings of a symposium held at Lancaster University, 15-16 November 2011* (pp. 3-12). GMCDP Publications.
- Pollock, Horatio M., y Malzberg, Benjamin. (1936). Institutional Population in the United States. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 188(1), 144-158. <https://doi.org/10.1177/000271623618800114>
- Porxas Roig, M. Àngels. (2019). *El dogma de las capacidades y la racionalidad: un análisis crítico sobre el tratamiento jurídico de las personas diagnosticadas con problemas de salud mental*. Universitat de Girona.
- Pozón, Sergio Ramos. (2016). The convention on the rights of persons with disabilities and mental health law: A critical review. *Alter*, 10(4), 301-309. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2016.07.001>
- Pratt, Dallas. (1947). Mental Hospitals and the Mental Hygiene Movement in the United States. *Mental health (London)*, 7(2), 30-35.
- Preciado, Beatriz (Paul). (2013). *¿La Muerte de la Clínica? Conferencia dictada por Beatriz Preciado en el Museo Reina Sofía, marzo 2013*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs>
- Priestley, Mark. (2007). In search of European disability policy: Between national and global. *Alter*, 1(1), 61-74. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2007.08.006>
- Prinzhorn, Hans. (1922). *Bildnerei der Geisteskranken; ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung*. Verlag von Julius Springer.
- Proctor, Robert. (1988). From Anthropologie to Rassenkunde in the German Anthropological Tradition. En George W. Stocking (Ed.), *Bones, Bodies, Behavior: Essays on Biological Anthropology* (pp. 138-179). University of Wisconsin Press.
- Puig-Samper, Miguel Ángel. (2019). El redescubrimiento de las leyes de Mendel y la teoría cromosómica de la herencia. En *Historia Mínima del Evolucionismo* (pp. 245-258). El Colegio de México.
- Pujal i Llombart, Margot. (2018). Apuntes para una “salud mental” inclusiva: duelo a la identidad de género y reconocimiento de la heterogeneidad de la experiencia. En M^a Teresa Climent Clemente y Marta Carmona Osorio (Eds.), *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental* (pp. 159-207). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Puras, Dainius. (2017a). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (A/HRC/35/21). Consejo de Derechos Humanos. Asamblea General de Naciones Unidas.
- Puras, Dainius. (2017b). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (A/HRC/35/21). Human Rights Council. United Nations General Assembly.
- Rahmani, Reda, y Pacheco, Luís. (2015). Clásicos de la Psiquiatría (LV): Los Neo-Kraepelinianos norteamericanos del grupo de Saint Louis. *Boletín RSMB*, 20, 1-15.
- Raitt, Suzanne. (2006). The Rhetoric of Efficiency in Early Modernism. *Modernism/modernity*, 13(1), 835-851. <https://doi.org/10.1353/mod.2006.0016>

- Rajchman, Ludwik. (1943). Why Not? A United Nations Health Service. (Reprinted from FREE WORLD, September 1943). En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation* (R6150/8A/42169/41755). Ligue of Nations, United Nations Library & Archives Geneva.
- Raoult, Didier, Woodward, Theodore, y Dumler, J. Stephen. (2004). The history of epidemic typhus. *Infectious Disease Clinics of North America*, 18(1), 127-140. [https://doi.org/10.1016/S0891-5520\(03\)00093-X](https://doi.org/10.1016/S0891-5520(03)00093-X)
- Read, John, y Masson, Jeffrey. (2005). Genetics eugenics and mass murder. En John Read, Loren Mosher, y Richard P. Bentall (Eds.), *Models of madness: psychological, social and biological approaches to schizophrenia* (pp. 35-42). Taylor & Francis e-Library.
- Reagan, Ronald. (1981). *Proclamation 4818 - International Year of Disabled Persons*. Ronald Reagan Presidential Library & Museum. Disponible en: <https://www.reaganlibrary.gov/archives/speech/proclamation-4818-international-year-disabled-persons>
- Reaume, Geoffrey. (2002). Lunatic to patient to person: Nomenclature in psychiatric history and the influence of patients' activism in North America. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 405-426.
- Reaume, Geoffrey. (2008). A history of psychiatric survivor pride day during the 1990s. *Consumer/Survivor Information Resource Centre Bulletin*, 374, 2-3.
- Rebetez, Niels. (2014). *Pour une psychiatrie déterritorialisée. Antipsychiatrie dans l'Arc lémanique (1967-1985)*. Université de Fribourg.
- Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial Locura Latina. (2018). *Declaración de Lima*. Redesfera. Disponible en: <https://www.redesfera.org/declaración-de-lima-completa>
- RedEsfera Latinoamericana por las Culturas Locas, la Diversidad Psicosocial, la Justicia, el Buen Vivir y el Derecho al Delirio. (2023). *Informe Regional 2023: Hacia la justicia loca y la reparación*. RedEsfera.
- Rees, John R. (1949). The International Congress on Mental Health. *British Medical Bulletin*, 6(1-2), 5-7. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a073471>
- Rees, John R., Chisholm, Brock, Stevenson, George S., Fremont-Smith, Frank, y Beaty, William. (1966). *Reflections: a personal history and an account of the growth of the World Federation for Mental Health by Jhon R. Rees*. The United States Committee of the World Federation for Mental Health.
- Régent, Frédéric. (2015). Préjugé de couleur, esclavage et citoyennetés dans les colonies françaises (1789-1848). *La Révolution française*, 9. <https://doi.org/10.4000/lrf.1403>
- Reguera, G. B. (2008). La política de los derechos humanos y los derechos de los otros. *Criterio Jurídico*, 8(1), 269-293.
- Rehabilitation Act of 1973, Enacted by the Senate and House of Representatives of the United States, September 26, 1973*. (1973). Disponible en: <https://www.eeoc.gov/rehabilitation-act-1973-original-text>
- Reilly, Philip R. (1987). Involuntary sterilization in the United States: A Surgical Solution. *The Quarterly review of biology*, 62(2), 153-170.
- Reina, Maria Veronica. (2008). *How the International Disability Caucus worked during negotiations for a UN Human Rights Convention on Disability*. 4-7. Disponible en: <http://globalag.igc.org/agingwatch/events/CSD/2008/maria.htm>
- Remy, Claire, Huemer, Julia, Walton, Charles O., y Hexter, George. (2011). The development of child and adolescent psychiatry: A brief history. *Handbook of Developmental Psychiatry, 1905*, 13-18. https://doi.org/10.1142/9789814324823_0002

- René Cassin – Nobel Lecture. Nobel Prize Outreach AB 2023. (2023). The Nobel Prize. Disponible en: <https://www.nobelprize.org/prizes/peace/1968/cassin/facts/>
- Richardson, John G. (1980). Variation in Date of Enactment of Compulsory School Attendance Laws: An Empirical Inquiry. *Sociology of Education*, 53(3), 153-163.
- Richardson, Theresa, y Fisher, Donald L. (1999a). Introduction: The Social Sciences and their Philanthropic Mentors. En Theresa R. Richardson & Donald L. Fisher (Eds.), *The Development of the Social Sciences in the United States and Canada: The Role of Philanthropy*. (pp. 3-22). Ablex Publishing Corporation.
- Richardson, Theresa, y Fisher, Donald L. (1999b). *The Development of the Social Sciences in the United States and Canada: The Role of Philanthropy*. Ablex Publishing Corporation.
- Riedel, Eibe. (2009). The Human Right to Health: Conceptual Foundations. En Andrew Clapham y Mary Robinson (Eds.), *Realizing the Right to Health* (pp. 21-40). Rüfer & Rub.
- Robb, Anne-Marie. (2018). *History of PANUSP, African User and Survivor Involvement and Human Rights*. Disponible en: https://www.academia.edu/5963101/History_of_PANUSP
- Robinson, Mary. (2001). *Message from Mary Robinson United Nations High Commissioner for Human Rights*. Conference on Freedom of Thought. Disponible en: https://www.freedom-of-thought.de/robinson_engl.htm
- Robinson, Warren C., y Ross, John A. (Eds.). (2007). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. World Bank.
- Rodrigues, Jaime. (2008). Arquivo «Geraldo Horácio de Paula Souza»: um acervo sobre história e saúde. *Patrimônio e Memória*, 4(1), 161-175.
- Rodríguez Ocaña, Esteban. (2020). Pandemias y mundialización de la salud (I y II). En Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil, & Eduardo Bueno Vergara (Eds.), *Cuarenta historias para una cuarentena: reflexiones históricas sobre epidemias y salud global* (pp. 87-97). Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- Roelcke, Volker. (1997). Biologizing social facts: An early 20th century debate on Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21(4), 383-403. <https://doi.org/10.1023/A:1005393121931>
- Roelcke, Volker. (2019). Eugenic concerns, scientific practices: international relations in the establishment of psychiatric genetics in Germany, Britain, the USA and Scandinavia, c.1910–60. *History of Psychiatry*, 30(1), 19-37. <https://doi.org/10.1177/0957154X18808666>
- Roemer, Milton I. (1958). Henry Ernest Sigerist: Internationalist of social medicine. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 13(2), 229-243. <https://doi.org/10.1093/jhmas/XIII.2.229>
- Rogers, Fred B. (1965). Stewart Paton (1865-1942): Mental Hygienist. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 55(5), 654-656.
- Roofe, Paul G. (1965). Significant Segments of the Herrick-Yerkes Correspondence Relative to Psychobiology and Their Personal Philosophies. *Perspectives in biology and medicine*, 35(2), 196-209. <https://doi.org/10.1353/pbm.1965.0007>
- Rose, Nikolas. (1985). *The Psychological Complex. Psychology, Politics and Society in England 1869–1939*.
- Rose, Nikolas. (1996). *Inventing our Selves*. Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas. (1999). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. Free Association Books.
- Rose, Nikolas. (2016). La psicología como ciencia social. En Roberto Rodríguez (Ed.), *Contra-psicología* (pp. 21-44). Ediciones Dado.
- Rosenau, Milton J., Whipple, George C., Wilburg, Cressy L., y Salmon, Thomas W. (1913). *Preventive medicine and hygiene* (Milton J. Rosenau (ed.)). D. Appleton and Company.

- Rosenhan, David L. (1974). On being sane in insane places. *Clinical Social Work Journal*, 2(4), 237-256. <https://doi.org/10.1007/BF01785781>
- Rotramel, Seth Amiel. (2010). *International health, European reconciliation, and German foreign policy after the First World War, 1919-1927*. Georgetown University.
- Rüdin, Ernst. (1942). Zehn Jahre Nationalsozialistischer Staat. *Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie*, 36, 321-322.
- Rüdin, Ernst, y Nitsche, P. (1936). I. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater Dresden (1.--4. IX. 1935). *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 104, 1-143.
- Ruggles, Arthur H. (1944). Clifford Beers and American Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 100(6), 98-99. <https://doi.org/10.1176/ajp.100.6.98>
- Ruiz-Olalde, Patricia Moreno. (2004). La historia olvidada del Nazismo: los homosexuales durante el Holocausto. *Educació i cultura: Revista mallorquina de pedagogia*, 17, 195-210.
- Ruiz Trejo, Marisa, y García Dauder, (S.). (2018). Los talleres “epistémico-corporales” como herramientas reflexivas sobre la práctica etnográfica. *Universitas Humanística*, 86(86), 1-25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uh86.tech>
- Rupke Richardson, Marieanne Theresa. (1987). *The century of the child: the mental hygiene movement and social policy in the United States and Canada*. The University of British Columbia.
- Russo, Jasna. (2012). Survivor-Controlled Research: A New Foundation for Thinking About Psychiatry and Mental Health. *Qualitative Sozialforschung / Qualitative Social Research*, 13(1), 29.
- Russo, Jasna. (2022). De-psychiatrizing our own research work. *Frontiers in Sociology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.929056>
- Russo, Jasna. (2023). Psychiatrization, assertions of epistemic justice, and the question of agency. *Frontiers in Sociology*, 8(February). <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1092298>
- Russo, Jasna, y Beresford, Peter. (2015). Between exclusion and colonisation: seeking a place for mad people’s knowledge in academia. *Disability and Society*, 30(1), 153-157. <https://doi.org/10.1080/09687599.2014.957925>
- Russo, Jasna, y Shulkes, Debra. (2015). What we talk about when we talk about disability: making sense of debates in the European user/survivor movement. En Hellen Spandler, Jill Anderson, y Bob Sapey (Eds.), *Madness, distress and the politics of disablement* (pp. 27-42). Policy Press.
- Saidel, Matías L. (2011). Lecturas de la biopolítica: Foucault, Agamben, Esposito. *Opción*, 88-107.
- Salmon, Thomas W. (1913). Immigration and the mixture of races in relation to the mental health of the nation. En *The modern treatment of nervous and mental diseases*, Vol. I. (pp. 241-286). Lea & Febiger.
- Salmon, Thomas W. (1919). War neuroses and their lesson. *New York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal: A Weekly Review of Medicine*, 109, 993-994.
- Sampietro, Hernán María. (2010). Enfermedad Mental y Violencia en los Medios de Comunicación. ¿Una asociación ilícita? *Quaderns de Psicologia*, 12(1), 95-107.
- Samuels, Alec. (2006). The International Criminal Court. *Journal of Criminal Law*, 70(4), 317-321. <https://doi.org/10.1350/jcla.70.4.317>
- Sanger, Robert M. (2015). IQ, Intelligence Tests, “Ethnic Adjustments,” and Atkins. *American University Law Review*, 65(1), 87-150.

- Sanmiquel-Molinero, Laura. (2020). Los Estudios de la Dis/capacidad: una propuesta no individualizante para interrogar críticamente la producción del cuerpo-sujeto discapacitado. *Papeles del CEIC*, 2020(2), 231. <https://doi.org/10.1387/pceic.20974>
- Santos, Boaventura de Sousa. (2007). Beyond Abyssal Thinking: From Global Lines to Ecologies of Knowledges. *Review (Fernand Braudel Center)*, 30(1), 45-89.
- Santos, Boaventura de Sousa, y Martins, Bruno Sena (Eds.). (2020). *El pluriverso de los derechos humanos*. Akal.
- Sanz-Osorio, María T., Sastre-Rus, Meritxell, Monistrol, Olga, Pérez Criado, Monica, Vallès, Vicenç, y Escobar-Bravo, Miguel A. (2022). Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, July, 1-20. <https://doi.org/10.1111/jpm.12858>
- Sapir, Edward. (1932). Cultural Anthropology and Psychiatry. *Social Psychology*, 27(2), 229.
- Sapir, Edward. (1937). The Contribution of Psychiatry to an Understanding of Behavior in Society. *American Journal of Sociology*, 862-870.
- Sapir, Edward. (1938). Why cultural anthropology needs the psychiatrist. *Psychiatry*, 1(1), 7-12. <https://doi.org/10.1080/00332747.1938.11022170>
- Saya, Anna, Brugnoli, Chiara, Piazzzi, Gioia, Liberato, Daniela, Di Ciaccia, Gregorio, Niolu, Cinzia, y Siracusano, Alberto. (2019). Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry Around the World: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(APR). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00271>
- Schallmayer, Wilhelm. (1891). *Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschheit und die Verstaatlichung des ärztlichen Standes*. Heuser.
- Schallmayer, Wilhelm. (1895). *Die drohende physische Entartung der Culturvölker*. Heuser.
- Schmuhl, Hans-Walter. (2008). The Kaiser Wilhelm Institute for Anthropology, Human Heredity and Eugenics, 1927-1945. En S. Robert Cohen, Jürgen Renn, y Kostas Gavroglu (Eds.), *Boston Studies in the Philosophy of Science* (Vol. 259). Springer.
- Schmuhl, Hans-Walter. (2011). "Resources for each other." The society of German neurologists and psychiatrists and the Nazi "health leadership". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(S2), 197-201. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0248-9>
- Schoppmann, Claudia. (1996). *Days of Masquerade: Life Stories of Lesbians during the Third Reich*. Columbia UP.
- Schoppmann, Claudia. (2020). National Socialist policies towards female homosexuality. En Lynn Abrams y Elizabeth Harvey (Eds.), *Gender relations in German history* (pp. 177-187). Routledge.
- SCI. (2000). *Support Coalition International*. Judi Chamberlin Papers (MS 768). Special Collections and University Archives, University of Massachusetts Amherst Libraries. Disponible en: <http://credo.library.umass.edu/view/full/mums768-b015-f055-i002>
- SCI. (2001). The United Nations voted in favor of giving Support Coalition International consultative status - a groundbreaking achievement for everybody supporting human rights in psychiatry, 24 January 2001. *SCI News*. Disponible en: <https://www.oocities.org/greenliberal/SCIKateMillettUN.html>
- Scotch, Richard K. (1989). Politics and Policy in the History of the Disability Rights Movement. *The Milbank Quarterly*, 67, 380-400. <https://doi.org/10.2307/3350150>
- Scull, Andrew. (1987). Desperate remedies: A Gothic tale of madness and modern medicine. *Psychological Medicine*, 17(3), 561-577. <https://doi.org/10.1017/S0033291700025824>
- Scull, Andrew. (2005). *Madhouse: A tragic tale of megalomania and modern medicine*. Yale University Press.

- Scull, Andrew. (2022). *Desperate remedies: psychiatry's turbulent quest to cure mental illness*. Harvard University Press.
- Scull, Andrew, y Schulkin, Jay. (2009). Psychobiology, psychiatry, and psychoanalysis: The intersecting careers of Adolf Meyer, Phyllis Greenacre, and Curt Richter. *Medical History*, 53(1), 5-36. <https://doi.org/10.1017/S002572730000329X>
- Searle, G. R. (1971). *The quest for national efficiency: a study in British politics and political thought, 1899-1914*. Basil Blackwell.
- Secretario General, NU, Suecia, Asociación Médica Mundial, y Asociación Mundial de Psiquiatría. (1990). *Principios y garantías para la protección de las personas recluidas por mala salud mental o por padecer trastornos mentales: Informe del Secretario General, 5 de diciembre del 1989, Adición, Respuesta de la Asociación Mundial de Psiquiatría (E/CN.4/1990/53/Add.1)*. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social.
- Segato, Rita Laura. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Seidelman, William E. (2000). Science and Inhumanity: The Kaiser-Wilhelm/Max Planck Society. *Not Now an e-journal*, 2, 1-13.
- Seim, David Lee. (2007). "Perhaps we can hit upon some medium of course": Rockefeller philanthropy, economic research, and the structure of social science-1911-1946. Iowa State University.
- Senate and House of Representatives of the United States of America. (1990). *Americans with Disabilities Act of 1990 (Original Text)*. U.S. Equal Employment Opportunity Commission. Disponible en: <https://www.eeoc.gov/es/node/132108>
- Sharp, Alan. (1991). *The Versailles settlement: peacemaking in Paris, 1919*. St. Martin's Press.
- Sharp, Alan. (2015). *Consequences of Peace the Versailles Settlement: Aftermath and Legacy 1919-2010*.
- Sharpe, Charles Wesley. (2012). The origins of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration, 1939-1943. University of Pennsylvania.
- Shimazu, Naoko. (1998). *Japan, Race and Equality: The Racial Equality Proposal of 1919*. Routledge.
- Shrader, Emily. (2011). *The History of NAMI National, NAMI Pennsylvania, and NAMI PA Cumberland and Perry Counties*. December, 2011.
- Shubinski, Barbara. (2022). *Evolution of a Foundation: An Institutional History of the Rockefeller Foundation* (pp. 1-54). Rockefeller Archive Center.
- Siebrasse, Brigitte, y Sebit, Matthias. (2001). Brigitte Siebrasse and Matthias Seibt: The 5th Russell Tribunal. *Psychosoziale Umschau*, 4(1).
- Sieyès, Emmanuel. (2020). *Escritos de la Revolución de 1789*. Ediciones Akal.
- Sigerist, Henry E. (1931). *Einführung in die Medizin*. Georg Thieme.
- Sigerist, Henry E. (1937). *Socialized Medicine in the Soviet Union*. W. W. Norton & Company.
- Sigerist, Henry E. (1941). *Medicine and human welfare*. Yale University Press.
- Sigerist, Henry E. (1946). The Place of the Physician in Modern Society. En *Proceedings of the American Philosophical Society, Sep. 1946. Symposia on Present Day Social and Economic Aspects of National Health, and The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and American Participation in Its Activities* (Vol. 90, Número 4, pp. 275-279). American Philosophical Society.
- Silverstein, K. (1999). Prozac.org: an influential mental health nonprofit finds its «grassroots» watered by pharmaceutical millions. *Mother Jones, November/December*. Disponible en: <http://www.motherjones.com/politics/1999/11/prozacorg/>

- Sluga, Glenda. (2010). René Cassin. Les droits de l'homme and the Universality of Human Rights, 1945–1966. En Stefan Ludwig Hoffmann (Ed.), *Human Rights in the Twentieth Century* (pp. 107-124). Cambridge University Press.
- Smith, Henry Nash. (1955). *Social Darwinism in American Thought*. Beacon Press.
- Snodgrass, Jon. (1984). William Healy (1869-1963): Pioneer child psychiatrist and criminologist. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 20(4), 332-339.
- Socialist Patients' Collective. (1993). *Turn illness into a Weapon*. KRRIM — self-publisher for illness.
- Spandler, Helen. (1992). To Make an Army out of Illness: The history of the Socialist Patient's Collective, Heildelberg 1970/2. *Asylum*, 6(4).
- Spandler, Helen. (2006). *Asylum to action: Paddington day hospital, therapeutic communities and beyond*. Jessica Kingsley Publishers.
- Spandler, Helen, Anderson, Jill, y Sapey, Bob (Eds.). (2015). *Madness, distress and the politics of disablement*. Policy Press.
- Staten, Henry. (1985). *Wittgenstein and Derrida*. University of Nebraska Press.
- Statistical Division of the Bureau of Education. (1919). Schools and Classes for Feeble Minded and Subnormal Children 1918. *Department of the Interior. Bureau of Education Bulletin*, 70.
- Stedman, Thomas Lathrop. (1914). *Practical Medical Dictionary*. William Wood and Company.
- Steel, Henry. (1991). *Informe del Grupo de Trabajo sobre los Principios para la protección de las personas que padecen enfermedades mentales y para el mejoramiento de la salud mental* (E/CN.4/1991/39). Naciones Unidas. Comisión de Derechos Humanos.
- Stein, Michael Ashley, y Lord, Janet E. (2023). Antecedentes históricos de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. *United Nations Audiovisual Library of International Law*.
- Stein, Michael Ashley, y Lord, Janet E. (2023). *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations Audiovisual Library of International Law.
- Steinerte, Elina, Degener, Theresia, Devandas-Aguilar, Catalina, y Pūras, Dainius. (2017). *Joint Communication from Special Procedures. Mandates of the Working Group on Arbitrary Detention; the Chair of the Committee on the Rights of Person with Disabilities; the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities and the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, 29 September 2017. United Nations. Disponible en: <https://rm.coe.int/letter-un-bodies-to-sg/16808e5e28>
- Stevenson, G. H. (1944). Modern Methods in Occupational Therapy in Mental Hospitals. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 11(1), 6-10. <https://doi.org/10.1177/000841744401100103>
- Stewart, John. (2006). Psychiatric social work in inter-war Britain: Child guidance, American ideas, American philanthropy. *Michael Quarterly*, 3, 78-91.
- Stewart, John. (2011). «The dangerous age of childhood»: Child guidance and the «normal» child in Great Britain, 1920-1950. *Paedagogica Historica*, 47(6), 785-803. <https://doi.org/10.1080/00309230.2011.621201>
- Stocking, George W. (1968). *Race, culture, and evolution: essays in the history of anthropology*. University of Chicago Press.
- Stocking, George W. (1987). *Victorian Anthropology*. Free Press.
- Stone, Dan. (2001). Race in British Eugenics. *European History Quarterly*, 31(3), 397-425. <https://doi.org/10.1177/026569140103100303>

- Stucki, V. (2021). *Mort d'un patient et militant à la clinique Bel-Air: une enquête sur la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève (1972-1989)*. UNIL/CHUV.
- Sullivan, Harry Stack. (1946). The Cultural Revolution to End War. *Psychiatry*, 9(1), 81-87. <https://doi.org/10.1080/00332747.1946.11022586>
- Sullivan, Harry Stack. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. WW Norton & Co.
- Sumner, William Graham, Keller, Albert Galloway, y Davie, Maurice Rea. (1927). *The science of society* (Vol. 4). Yale University Press.
- Survivors History Group. (s. f.-a). Entry: COPE: Community Organisation for Psychiatric Emergencies. Survivors History Group. Recuperado 5 de febrero de 2021, de <http://www.studymore.org.uk/MPU.HTM#COPE>
- Survivors History Group. (s. f.-b). Entry: Eric Irwin. Survivors History Group. Recuperado 5 de marzo de 2021, de www.studymore.org.uk/bio.htm#EricIrwin
- Survivors History Group. (s. f.-c). Entry: European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry. Survivors History Group. Recuperado 26 de marzo de 2023, de <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#EuropeanNetwork>
- Survivors History Group. (s. f.-d). Entry: July 1985 World Congress of Mental Health in Brighton. Survivors History Group. Recuperado 19 de marzo de 2023, de <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#WorldCongress1985>
- Survivors History Group. (s. f.-e). Entry: Mental Health and Survivors Movements and context. Survivors History Group. Recuperado 16 de febrero de 2021, de <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#AndrewRobertsCollection>
- Survivors History Group. (s. f.-f). Entry: Mind Annual Conference 1985. Survivors History Group. Recuperado 19 de marzo de 2023, de <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#MIND1985A2>
- Survivors History Group. (s. f.-g). Entry: PROMPT: Protection of the Rights of Mental Patients in Therapy. Survivors History Group. Recuperado 12 de diciembre de 2021, de <http://www.studymore.org.uk/MPU.HTM#PROMPTbox>
- Survivors History Group. (s. f.-h). Entry: The Need for a Mental Patients Union. Survivors History Group. Recuperado 1 de enero de 2021, de <http://www.studymore.org.uk/MPU.HTM#FishPamphlet>
- Survivors History Group. (s. f.-i). Entry: World Mental Health Conference, Mental Health 2000, held in Brighton. Survivors History Group. Recuperado 19 de marzo de 2023, de <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#WorldCongress1985>
- Survivors History Group. (s. f.-j). Entry: Your Rights in Mental Hospital — A Mental Patients' MPU Pamphlet. Survivors History Group. Recuperado 1 de enero de 2021, de <http://studymore.org.uk/MPU.HTM#ManchesterMPURights>
- Survivors History Group. (s. f.-k). *Survivors History - Archive*. Recuperado 1 de enero de 2021, de <http://studymore.org.uk/mpu.htm>
- Survivors History Group. (2011). Survivors History Group takes a critical look at historians. En *Critical Perspectives on User Involvement* (pp. 7-18). Policy Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781847427519.003.0002>
- Sweetser, William. (1843). *Mental hygiene, or, an examination of the intellect and passions: designed to illustrate their influence on health and the duration of life*. Langley.
- Szasz, Thomas S. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper and Row.
- Szasz, Thomas S. (1969). The Right to Health. *The Freeman* (Irvington-on-Hudson, N.Y.), 19(6), 352-362.

- Szasz, Thomas S. (1982). The psychiatric will: A new mechanism for protecting persons against «psychosis» and psychiatry. *American Psychologist*, 37(7), 762-770. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.7.762>
- Szasz, Thomas S. (2001). *Ideología y enfermedad mental*. Amorrortu editores.
- Sze, Szeming. (1988). Los modestos comienzos de la OMS: entrevista de Foro con Szeming Sze. *Foro mundial de la salud* 1988, 9(1), 30-35.
- Taguieff, Pierre-André. (2019). Les racines du racisme scientifique. *Les Collections de L'Histoire*, 83. Disponible en: <https://www.lhistoire.fr/les-racines-du-racisme-scientifique>
- Tarassévitch, L. (1922a). *Epidemics in Russia since 1914. Report to the Health Committee of The League of Nations by Professor L. Tarassévitch (Moscow). Part I*. League of Nations Health Section. Epidemiological Intelligence.
- Tarassévitch, L. (1922b). *Epidemics in Russia since 1914. Report to the Health Committee of The League of Nations by Profesor L. Tarassévitch (Moscow). Part II*. League of Nations Health Section. Epidemiological Intelligence.
- Taylor, Carl C., y Brown, B. F. (1926). *Human Relations: A College Textbook in Citizenship*. Harper & Brothers.
- Taylor, Frederick Winslow. (1919). *The principles of scientific management*. Harper & Brothers.
- TCI. (2023). *Our Origins - TCI Global*. Transforming Communities for Inclusion. Disponible en: <https://tci-global.org/our-origins/>
- TCI Asia Pacific. (2018). *TCI Asia Pacific Bali Declaration* (pp. 1-6). Transforming Communities for Inclusion – Asia Pacifi. Disponible en: <https://transformingcommunitiesforinclusion.wordpress.com/2018/10/01/full-text-of-the-bali-declaration/>
- Temkin, Owsei. (1958). Henry E. Sigerist and aspects of medical historiography. *Bulletin of the history of medicine*, 32(6), 485-499.
- Terman, Lewis M. (1916). *The Measurement of Intelligence*. Houghton Mifflin Company.
- The Psychiatry of Enduring Peace and Social Progress. The William Alanson White Memorial Lectures, Second Series. (1946). En *Psychiatry* (Vol. 9, Número 1). The William Alanson White Psychiatric Foundation.
- The United Nations Dumbarton Oaks Proposals for a General International Organization, to be the subject of the United Nations conference at San Francisco, April 25, 1945*. (1944). Department of State Publication 2297, Conference Series 66, Washington, DC, 1945.
- The Verdict of the Foucault Tribunal. (1998). *Foucault Tribunal on the state of Psychiatry*. Disponible en: <https://www.foucault.de/>
- Thomson, Mathew. (1995). Mental Hygiene as an International Movement. En Paul Julian Weindling (Ed.), *International Health Organisations and Movements, 1918-1939* (pp. 283-304). Cambridge University Press.
- Tiefer, Leonore. (2006). Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance. *PLoS Medicine*, 3(4), e178-e178. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030178>
- Tobin, John. (2012). *The Right to Health in International Law*. Oxford University Press.
- Toebes, Brigit. (1999). Towards an Improved Understanding of the International Human Right to Health. *Human Rights Quarterly*, 21(3), 661-679.
- Toms, Jonathan. (2012). Political dimensions of «the psychosocial»: The 1948 International Congress on Mental Health and the mental hygiene movement. *History of the Human Sciences*, 25(5), 91-106. <https://doi.org/10.1177/0952695112470044>

- Torrey, E. Fuller, y Yolken, Robert H. (2010). Psychiatric genocide: Nazi attempts to eradicate schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 26-32. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp097>
- Torruco Salcedo, Mario. (2014). Psiquiatría Nazi. *Horizonte Sanitario*, 1(1), 45.
- Tournès, Ludovic. (2014). The Rockefeller Foundation and the transition from the League of Nations to the UN (1939-1946). *Journal of Modern European History*, 12(3), 323-341. https://doi.org/10.17104/1611-8944_2014_3_323
- Treaty of Peace with Germany, signed at Versailles, June 28, 1919* (66th Congress, 1st Session, United States Senate, July 10, 1919). (1919). Washington Government Printing Office.
- Trede, Katharina, Salvatore, Paola, Baethge, Christopher, Gerhard, Angela, Maggini, Carlo, y Baldessarini, Ross J. (2005). Manic-depressive illness: Evolution in Kraepelin's Textbook, 1883-1926. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(3), 155-178. <https://doi.org/10.1080/10673220500174833>
- Tremain, Shelley. (2001). On the Government of Disability. *Social Theory and Practice*, 27(4), 617-636. <https://doi.org/10.5840/soctheorpract200127432>
- Tremain, Shelley. (2004). Foucault, Governmentality, and Critical Disability Theory: An Introduction. En Shelley Tremain (Ed.), *Foucault and the Government of Disability* (pp. 1-24). The University of Michigan Press.
- Tremain, Shelley. (2015). This is what a historicist and relativist feminist philosophy of disability looks like. *Foucault Studies*, 19, 7-42. <https://doi.org/10.22439/fs.v0i19.4822>
- Trent, James W. (1995). *Inventing the Feeble Mind: A History of Mental Retardation in the United States*. University of California Press.
- Trent, James W. (2001). "Who shall say who is a useful person?" Abraham Myerson's opposition to the eugenics movement. *History of Psychiatry*, 12(45), 33-57. <https://doi.org/10.1177/0957154X0101204502>
- Trouillot, Michel-Rolph. (2011). Una historia impensable: la revolución haitiana como un no-evento. En Montserrat Cañedo Rodríguez y Aurora Marquina Espinosa (Eds.), *Antropología Política. Temas contemporáneos* (pp. 351-396). Bellaterra.
- Truitt, Ralph P. (1927). Mental hygiene and the public school. *Mental Hygiene*, 11, 270.
- Tuana, Nancy. (2006). The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1-19. <https://doi.org/10.1353/hyp.2006.0037>
- Tucker, Spencer C., y Roberts, Priscilla (Eds.). (2014). *World War I: the definitive encyclopedia and document collection*. ABC-CLIO, LLC.
- UN. Commission on Human Rights. (1977). Resolution on Human rights and scientific and technological developments, adopted at the 1426th meeting, 11 March 1977 (E/CN.4/RES/10/(XXXIII)). En *Commission on Human Rights: report of the 33rd session, 7 February-11 March 1977* (pp. 84-86). United Nations Economic and Social Council.
- UNESCO. (1979). Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales, Conferencia General de la UNESCO, veinteava sesión, 27 Noviembre, 1978. En *Actas de la Conferencia General 20.a reunión París, 24 de octubre - 28 de noviembre de 1978*. UNESCO.
- UNESCO. (1981). *Año internacional de los impedidos: los caminos de la participación: Vol. Junio* (Jean Gaudin (Ed.)). El Correo de la UNESCO.
- United Nations. (2023). *Declarations and Reservations, Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations Treaty Collection, Chapter IV 15.
- United Nations Economic and Social Council. (1989). *Commission on Human Rights Report on the Forty-Fifth Session (30 January-10 March 1989), Supplement No. 2*. United Nations Economic and Social Council.

- United Nations Economic and Social Council. (2001). *Economic and Social Council List of non-governmental organizations in consultative status as at 31 August 2001* (E/2001/INF/6). August, 1-142. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/2001/INF/6
- United States of America Department of State. (1945). Agreement for United Nations Relief and Rehabilitation Administration, November 9, 1943. En *Toward the Peace Documents* (pp. 9-13). United States Government Printing Office.
- United States Senate. (1945a). United States Senate, 79th Congress, 1st Session, Formation of an International Health Organization, Report to accompany S. J. Res 89, submitted by Mr. Smith of New Jersey, from the Committee on Education and Labor. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation* (R6150/8A/42169/41755). Ligue of Nations, United Nations Library & Archives Geneva.
- United States Senate. (1945b). United States Senate, 79th Congress, 1st Session, S. J. RES. 89, Joint Resolution Relative to the formation of an International Health Organization, By Mr. Pepper, Mr. Wagner, Mr. Murray, Mr. Capper, Mr. Ball, and Mr. Smith States, August 1, 1945. En *Post-War (1939-1945) Problems - International Health Organizations - Suggestions for post-war amalgamation* (R6150/8A/42169/41755). Ligue of Nations, United Nations Library & Archives Geneva.
- UPIAS, y DAU. (1976). *The Union of the Physically Impaired Against Segregation and The Disability Alliance discuss Fundamental Principles of Disability*. UPIAS and DAU.
- USHMM. (s. f.). *Deadly Medicine: Creating the Master Race, Profiles*. United States Holocaust Memorial Museum. Recuperado 19 de marzo de 2021, de <https://www.ushmm.org/exhibition/deadly-medicine/profiles/>
- USHMM. (2020). *Nazi Persecution of Homosexuals 1933-1945*. United States Holocaust Memorial Museum. Disponible en: <https://www.ushmm.org/exhibition/persecution-of-homosexuals/>
- van Boven, Theo. (2010). *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*. United Nations Audiovisual Library of International Law.
- van Eck, Henriette. (2015). *Peace psychologists: Determining the critical contributions*. Pacifica Graduate Institute.
- Varela, Julia. (2019). *Nacimiento de la mujer burguesa: El cambiante desequilibrio de poder entre los sexos*. Ediciones Morata.
- Vásquez, Alberto, Isaza, Federico, y Parra, Andrea. (2022). Reformas legales a los regímenes de capacidad jurídica. Un análisis comparativo y crítico de Costa Rica, Perú y Colombia. En Michael Bach y Nicolás Espejo Yaksic (Eds.), *Capacidad jurídica, discapacidad y derechos humanos* (pp. 187-218). Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Vásquez Valencia, María Fernanda. (2015). La biopolítica de los sufrimientos psíquicos. *Scientiae Studia*, 13(2), 459-469. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662015000200012>
- Vaughan, D., y Sparer, G. (1974). Ethnic group and welfare status of women sterilized in federally funded family planning programs, 1972. *Family Planning Perspectives*, 6(4), 224-229. <https://doi.org/10.2307/2133710>
- Vázquez, Isabel Ramos. (2017). Derecho internacional obrero. Origen y concepto. *IUSLabor. Revista d'anàlisi de Dret del Treball*, 3, 336-372.
- Viamonte, Carlos Sánchez. (1957). *El Poder constituyente: origen y formación del constitucionalismo universal y especialmente argentino*. Editorial Bibliográfica Argentina.

- Vidal García Alonso, J. (2003). Introducción. En J. Vidal García Alonso (Ed.), *El movimiento de Vida Independiente: experiencias internacionales* (pp. 29-54). Fundación Luis Vives.
- Viselsteart, Arthur J. (1982). "C.-E.A. Winslow and the early years of public health at Yale, 1915-1925". *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 55(2), 137-151.
- Viselsteart, Arthur J. (1984). Milton C. Winternitz and the Yale Institute of Human Relations: a brief chapter in the history of social medicine. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 57(6), 869-889.
- Vogt, Carl Emil. (2016). An internationalist Pioneer: Fridtjof Nansen and the Social Issues of the League of Nations. En Magaly Rodríguez García, Davide Rodogno, y Liat Kozma (Eds.), *The League of Nations' Work on Social Issues* (pp. 187-199). United Nations Publications.
- Wachsmann, Nikolaus. (2015). *KL: A history of the Nazi concentration camps*. Farrar, Straus and Giroux.
- Wagner, Grant Hulse. (1981). *William Healy, M.D. Father of the American Child Guidance Movement*. University of Maryland.
- Waldman, Eric. (2020). *The Spartacist Uprising of 1919*. Barakaldo Books.
- Wallace, Henry A. (1942). *The Price of Free World Victory, an address before the Free World Association, New York City, May 8, 1942, with some comments by Raymond Clapper, Major G. Eliot, Raimond Gramm Swing and Dorothy Thompson*. L. B Fischer & The Free World Association.
- Watson, John B. (1913). Psychology as the behaviourist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177. <https://doi.org/10.1037/h0074428>
- Weber, Matthias M. (1996). Ernst Rudin, 1874-1952: A German Psychiatrist and Geneticist. *American Journal of Medical Genetics*, 331, 323-331.
- Weindling, Paul. (1988). The Rockefeller Foundation and German Biomedical Sciences, 1920-40: from Educational Philanthropy to International Science Policy. En A. Nicolaas A. Rupke (Ed.), *Science, Politics and the Public Good*. Macmillan Press LTD.
- Weindling, Paul. (1993). *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism. 1980-1945*. Cambridge University Press.
- Weindling, Paul. (1995). Introduction: constructing international health between the wars. En Paul Weindling (Ed.), *International health organisations and movements* (pp. 1-16). Cambridge University Press.
- Weindling, Paul. (1995). Social medicine at the League of Nations Health Organisation and the International Labour Office compared. En Paul Weindling (Ed.), *International health organisations and movements* (pp. 134-153). Cambridge University Press.
- Weindling, Paul. (1997). Philanthropy and World Health: The Rockefeller Foundation and the League of Nations Health Organisation. *Minerva*, 35(3), 269-281.
- Weindling, Paul. (2000a). *Epidemics and Genocide in Eastern Europe, 1890-1945*. Oxford University Press.
- Weindling, Paul. (2000b). The Sanitary Iron Curtain: The Relief of Polish and Russian Typhus. En *Epidemics and Genocide in Eastern Europe, 1890-1945* (pp. 139-182). Oxford University Press.
- Weindling, Paul. (2018). Conceptualising eugenics and racial hygiene as public health theory and practice. En Johannes Kananen, Sophy Bergenheim, y Merle Wessel (Eds.), *Conceptualising Public Health: Historical and Contemporary Struggles over Key Concepts* (pp. 18-32). Routledge.

- Weindling, Paul. (2020). Electroconvulsive Therapy in the Shadow of the Gas Chambers: Medical Innovation and Human Experimentation in Auschwitz. *Bulletin of the History of Medicine*, 94(2), 244-266. <https://doi.org/10.1353/bhm.2020.0036>
- Weiss, Sheila Faith. (1987a). *Race Hygiene and National Efficiency. The Eugenics of Wilhelm Schallmayer*. University of California Press.
- Weiss, Sheila Faith. (1987b). The Race Hygiene Movement in Germany. *Osiris*, 3, 193-236.
- Weiss, Sheila Faith. (2010). After the Fall: Political Whitewashing, Professional Posturing, and Personal Refashioning in the Postwar Career of Otmar Freiherr von Verschuer. *Isis*, 101(4), 722-758. <https://doi.org/10.1086/657474>
- Weiss, Sheila Faith. (2013). *The Nazi Symbiosis: Human Genetics and Politics in the Third Reich*. The University of Chicago Press.
- Weller, Penelope. (2017). Mental capacity and states of exception: revisiting disability law with Giorgio Agamben. *Continuum*, 31(3), 400-410. <https://doi.org/10.1080/10304312.2016.1275135>
- Wetzell, Richard F. (2000). *Inventing the Criminal: A History of German Criminology, 1880-1945*. The University of North Carolina Press.
- WFMH. (s. f.). *Past events*. World Federation for Mental Health. Recuperado 12 de octubre de 2022, de <https://wfmh.global/what-we-do/past-events>
- WFMH. (1948). *Mental Health and World Citizenship*. World Federation for Mental Health.
- WFMH. (1972). News from the World Federation for Mental Health: Freedom of Conscience statement. *Mental Health Digest*, 4(5), 47.
- WFMH. (1989). Declaration of Human Rights and Mental Health, 26 august 1989, Auckland, New Zealand. En *The Search for Mental Health: A History and Memoir of WFMH 1948-1997* (p. 409). Williams & Wilkins.
- WFMH. (2023). *About The World Mental Health Day*. Disponible en: <https://wmhdoofficial.com/about/>
- WFPU. (2006). World Federation of Psychiatric Users, Minutes of the First Committee Meeting, August 23, 1991. En Sharon L. Snyder y David T. Mitchell (Eds.), *Encyclopedia of Disability, Volume V* (pp. 477-478). SAGE Publications.
- Whipple, George Chandler, y Hampshire, New. (1925). George Chandler Whipple. *Journal - American Water Works Association*, 13(1), 93-94. <https://doi.org/10.1002/j.1551-8833.1925.tb12502.x>
- Whitaker, Robert. (2001). *Mad in America. Bad science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. Basic Books.
- Whitaker, Robert. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Crown Publishers.
- Whitaker, Robert, y Cosgrove, Lisa. (2015). *Psychiatry Under the Influence. Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform*. Palgrave Macmillan US.
- White, Arnold. (1901). *Efficiency and Empire*. Methuen & CO.
- White, Arnold. (1909). Eugenics and National Efficiency. *The Eugenics review*, 1(2), 105.
- White, William A. (1921). Childhood: The Golden Period for Mental Hygiene. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 98(1), 54-60. <https://doi.org/10.1177/000271622109800109>
- White, William A. (1922). *The Behavioristic Attitude*. National Committee for Mental Hygiene.
- White, William A. (1930). The Origin, Growth and Significance of the Mental Hygiene Movement. *Science*, LXXOO(1856).

- WHO. (1958). *The First Ten Years of the World Health Organization*. World Health Organization.
- WHO. (2001a). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. En *World Health Organization*. World Health Organization.
- WHO. (2001b). *WHO Fact Sheets: Strengthening mental health promotion (Fact sheet no. 220)*.
- WHO. (2004). *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice. Summary report*. World Health Organization.
- WHO. (2005). *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*. World Health Organization.
- WHO. (2006). Definition of Disability. En *Contributions from UN System Agencies at the Eighth Session of the Ad Hoc on a Comprehensive and Integral International Convention on Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities*. CRPD Negotiation Archives. Disponible en:
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc8docs/ahc8unescoart15.doc>
- WHO. (2020). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019* (WHO/ DDI/DNA/GHE/2020.3). Department of Data and Analytics Division of Data, Analytics and Delivery for Impact. World Health Organization.
- WHO. (2021a). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. World Health Organization.
- WHO. (2021b). *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization.
- WHO. (2021c). *Mental Health Atlas*. World Health Organization.
- WHO. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches, 9 June 2021, Guidance (normative)*. World Health Organization. Recuperado 6 de febrero de 2023, de
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- WHO Interim Commission. (1947a). Annex 10. Draft of «Preamble» to the convention of the World Health Organization (Submitted by the Sub-Committee, 21 March 1946). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization.
- WHO Interim Commission. (1947b). Annex 2. Resolution of the Economic and Social Council of the United Nations of 15 February 1946. En *Official Records of the World Health Organization: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the international health conference*. World Health Organization.
- WHO Interim Commission. (1947c). Annex 23. Proposals for the Constitution of the World Health Organization (as submitted to the Economic and Social Council. 21 March 1946). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization.
- WHO Interim Commission. (1947d). Annex 8. Proposal for an international convention establishing the International Health Organization (Submitted by Dr. A. Cavaillon and Dr. X. Leclainche, 19 March 1946). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization.
- WHO Interim Commission. (1947e). Annex 9. Suggestions relating to the constitution of an International Health Organization (submitted by Dr. A. Stampar, Yugoslavia, 20 March 1946). En *Official Records of the World Health Organization, N°1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization.

- WHO Interim Commission. (1947f). *Official Records of the World Health Organization, No. 1: Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference*. World Health Organization.
- WHO Interim Commission. (1947g). The Move towards a New Health Organization: International Health Conference. En *Chronicle of the World Health Organization*. (Vol. 1, Números 1-2). World Health Organization.
- WHO Interim Commission. (1948). *Official Records of the World Health Organization No. 2: Proceedings and Final Acts of the International Health Conference Held in New York from 19 June to 22 July 1946*. World Health Organization.
- Wilbur, Ray Lyman. (1931). Mental Health as a National Problem. *Journal of the American Medical Association*, 96(13), 994-996. <https://doi.org/10.1001/jama.1931.02720390004002>
- Wildeman, Sheila. (2013). Protecting Rights and Building Capacities: Challenges to Global Mental Health Policy in Light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(1), 48-73. <https://doi.org/10.1111/jlme.12005>
- William Alanson White Institute. (2023). *William Alanson White Institute: Origins, Theory, and Practice: 1943 - Present*. Disponible en: <https://www.wawwhite.org/index.php?page=our-history>
- Williams, Gareth H. (1983). The movement for independent living: An evaluation and critique. *Social Science and Medicine*, 17(15), 1003-1010. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90403-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90403-3)
- Wilson, Mitchell. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 399-410. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.399>
- Wilson, Woodrow. (1919). *Food Relief Appropriation, 1919 January 11*. Woodrow Wilson Presidential Library.
- Winslow, C. E. A. (1953). There Were Giants in Those Days. *American Journal of Public Health and the Nations' Health*, 43(6_Pt_2), 15-19. https://doi.org/10.2105/AJPH.43.6_Pt_2.15
- Winternitz, Milton C. (1930). The Institute of Human Relations at Yale University. *New England Journal of Medicine*, 202(2), 57-59. <https://doi.org/10.1056/nejm193001092020201>
- Winters, Eunice E. (1969). Adolf Meyer and Clifford Beers, 1907-1910. *Bulletin of the history of medicine*, 43(5), 414-443.
- Wistrich, Robert S. (2002). *Who's who in Nazi Germany*. Routledge.
- WNUSP. (2001a). *Human Rights Position Paper of the World Network of Users and Survivors of Psychiatry Human rights, unanimously approved by WNUSP 2001 General Assembly in Vancouver*. World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Disponible en: WNUSP. Disponible en: <http://wnusp.net/index.php/pdf/human-rights-position-paper-of-the-world-network-of-users-and-survivors-of-psychiatry.pdf>
- WNUSP. (2001b). *Minutes of the Initial congress of WNUSP 20th and 21st July 2001 in Vancouver*. World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Disponible en: <https://wgwnusp2013.wordpress.com/history-of-wnusp/>
- WNUSP. (2002). *Statement of WNUSP for the Meeting of Experts on the International Convention to Promote and Protect the Rights and Dignity of Persons with Disabilities in Mexico City, 11-14 June 2002*. World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Disponible en: https://d3gqux9sl0z33u.cloudfront.net/AA/AG/chrusp-biz/downloads/256093/wnusp_mexico_statement.doc
- WNUSP. (2004a). *Minutes of The General Assembly of WNUSP 17th - 21st July 2004 in Vejle, Denmark*. World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Disponible en: <https://wgwnusp2013.wordpress.com/history-of-wnusp/>

- WNUSP. (2004b). *Position Paper for the 3rd Meeting of the Ad Hoc Committee*. CRPD Negotiation Archives. World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights//ahc3wnusp.htm>
- WNUSP. (2008). *Implementation manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. World Network of Users and Survivors of Psychiatry.
- WNUSP. (2009). *Assembly and Conference of The World Network of Users and Survivors of Psychiatry, Report, October 2009*. Mental Health Uganda.
- WNUSP. (2013). *History of WNUSP*. World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Disponible en: <https://wgwnusp2013.wordpress.com/history-of-wnusp/>
- Wolfensberger, Wolf P., Nirje, Bengt, Olshansky, Simon, Perske, Robert, y Roos, Philip. (1972). *The principle of normalization in human services*. National Institute on Mental Retardation.
- Worcester, Kent, y Elbridge, Sibley. (2001). *Social Science Research Council, 1923-1998*. Social Science Research Council.
- Working Group. (2004). *Report of the Working Group to the Ad Hoc Committee, 27 January, 2004 (A/AC.265/2004/WG)*. United Nations Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities.
- World Bank Appoints Judy Heumann to New Disability Adviser Post. (2002). *Disability World*, April-May(13).
- Wynter, Sylvia. (2003). Unsettling the Coloniality of Being/ Power/ Truth/ Freedom: Towards the Human, After Man, Its Overrepresentation—An Argument. *CR: The New Centennial Review*, 3(3), 257-336.
- Yergin, Daniel. (1991). *The Prize: The Epic Quest for Oil, Money, and Power*. Simon & Schuster.
- Yerkes, Robert M. (1919). Report of the psychology committee of the National Research Council. *Psychological Review*, 26(2), 83-149. <https://doi.org/10.1037/h0070673>
- Yingfan, Wang. (2000). *Letter dated 2 May 2000 from the Permanent Representative of China to the United Nations addressed to the Secretary-General, 5 May 2000, General Assembly, Fifty-fourth session*. General Assembly Economic and Social Council.
- Zerbin-Rüdin, Edith, y Kendler, Kenneth. S. (1996). Ernst Rüdin (1874-1952) and his genealogic-demographic department in Munich (1917-1986): an introduction to their family studies of schizophrenia. *American journal of medical genetics*, 67(4), 332-337. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-8628\(19960726\)67:4<332::AID-AJMG3>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-8628(19960726)67:4<332::AID-AJMG3>3.0.CO;2-O)
- Zola, Émile. (1893). *La Bête humaine*. G. Charpentier et E. Fasquelle Éditeurs.
- Zukas, Hale. (1975). The History of the Berkeley Center for Independent Living (CIL). *Independent Living Institute*. Disponible en: <https://www.independentliving.org/docs3/zukas.html>
- Zylberman, Patrick. (1994). Hereditary Diseases and Environmental Factors in the 'Mixed Economy' of Public Health: René Sand and the French Social Medicine 1920-1934. En Jean-Paul Gaudillière y Ilana Löwy (Eds.), *Heredity and Infection. The History of Disease Transmission*. Routledge.