

Las Políticas de Salud y la vigencia del Derecho Humano a la Salud Mental

Carolina Cano*

Resumen

A partir de la década de 1980 las organizaciones internacionales han avanzado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Lo que en términos de política de Estado se ha traducido en procesos de desmanicomialización.

El Estado Argentino ha avanzado en la adopción de leyes y planes nacionales que entre sus objetivos se plantean asegurar los derechos humanos de estas personas. La forma en que se hacen efectivos plantea nuevos dilemas.

Desde una aproximación intercultural, que subraya el carácter universal y a su vez contextual de los derechos humanos, en esta ponencia se reflexiona sobre la vigencia del derecho humano a la salud mental de las personas que han sido total o parcialmente externadas.

Se construye un caso típico en la ciudad de Tandil a partir del método situacional propuesto por Rolf Künnemann y el método de casos elaborado por Alcira Bonilla. En dicha construcción se observa la forma en que se interrelacionan los distintos actores involucrados en la problemática. Las conclusiones son generalizables a contextos similares y además permiten prever situaciones problemas que las políticas orientadas a asegurar la dignidad de las personas con padecimiento mental deberían resolver.

* Lic. en Trabajo Social. Master en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

Las Políticas de Salud y la vigencia del Derecho Humano a la Salud Mental

Introducción

A partir de la década de 1980 en las distintas organizaciones internacionales se viene produciendo un avance en torno al reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental.

En el Estado Argentino dicho avance se traduce tanto en el cambio de la legislación sobre el tema a nivel nacional como en la discusión y la elaboración de políticas de Salud Mental basadas en respecto a los derechos humanos de estas personas. La adopción de estos derechos tiene efectos en la práctica concreta.

En esta ponencia se examina la vigencia del derecho humano a la salud mental en la ciudad de Tandil a partir de una aproximación intercultural. Para esto se presenta un caso típico que permite analizar cómo se garantiza el derecho humano a salud mental de las personas con padecimiento mental que han sido parcial o totalmente externadas. El caso arriba a conclusiones generalizables a contextos similares, en este sentido permite predecir algunas situaciones que podrían presentarse en los procesos de reinserción social de estas personas.

Aproximación intercultural al derecho humano a la salud mental

Desde la aproximación intercultural aplicada al derecho humano a la salud mental se considera que la enfermedad mental es un aspecto constitutivo de la condición humana (Bonilla, 2006). Se reconoce a la persona que en un determinado momento padece una enfermedad mental como sujeto de derechos. Lo que no la inhabilita, sino que la coloca en situación de vulnerabilidad. Es decir se reconoce que su autonomía y su capacidad en determinados momentos pueden verse vulneradas tanto como las de otros seres humanos. En tanto que:

“Desde una perspectiva intercultural se pueden definir los Derechos Humanos como aquellos derechos comunes a todos los seres humanos en tanto tales, que atañen a la protección, preservación y realización de la dignidad humana y cuya común y general aceptación es resultado de procesos históricos que se remontan a los orígenes de la humanidad” (Vior/Bonilla, 2008: 3).

Desde esta perspectiva se sostiene que los derechos humanos son universales, inalienables, sistémicos, que están interrelacionados y sólo pueden realizarse bajo las condiciones específicas de cada cultura. Además su formalización en el Derecho Positivo es sólo una de sus dimensiones (Vior/Bonilla, 2008: 3).

Se considera que la universalidad no es algo dado, sino que se construye a partir del diálogo entre las diferentes culturas. Fornet Betancourt (2003) rechaza la idea de universalidad que se construye sobre la base de la diferencia entre lo particular y lo universal. Entiende lo universal como diálogo entre las distintas culturas que supone un esfuerzo de traducción de las distintas experiencias. En consecuencia rechaza aquellas construcciones universalistas formuladas en base a la razón monocultural occidental que tienden a homogenizar las diferencias culturales.

En consecuencia se destaca en que los derechos humanos son universales y que se expresan de diferentes maneras en lenguajes y contextos culturales distintos. Esto implica la necesidad no sólo considerar las declaraciones de Derechos Humanos que han sido ratificadas por los Estados, sino también las políticas sociales adoptadas para garantizar los derechos humanos de las personas con padecimiento mental y las prácticas de la población para proteger su salud mental.

En cada contexto se pueden identificar diferencias culturales en la forma de enfrentar la enfermedad mental. En la bibliografía específica se reconoce la existencia de prácticas alternativas al modelo biomédico (Menéndez, 2004; De Lellis, 2006), se plantea la necesidad de considerar las patologías desde la cultura y se distinguen los criterios de salud/enfermedad según las clases sociales (Fiasche, 2005), como también la necesidad de ver los problemas de salud como desordenes pluriétnicos haciendo alusión a las migraciones (Clarac, 2004). Precisamente porque las culturas no son homogéneas, los conflictos dentro de una misma cultura¹ son asimilables a los que se producen entre una cultura y otra. Puede decirse que aún en una misma sociedad existen distintas posiciones respecto a cómo cuidar la salud mental y cómo enfrentar la enfermedad mental. Cada grupo social, de acuerdo a sus pautas culturales, concibe de una forma particular qué es la salud mental y la forma en que deberían interrelacionarse los distintos actores sociales para proteger la salud mental de su población y cuidar a las personas con padecimiento mental. La posibilidad de garantizar la vigencia de este derecho humano depende del reconocimiento de las distintas formas de cuidar la salud mental e implica la necesidad de establecer un diálogo en el cual los profesionales de la salud y los agentes de justicia reconozcan, respeten y valoren los esfuerzos que realizan las familias en la convivencia cotidiana con su familiar que padece una enfermedad mental. En otras palabras para garantizar la salud mental es necesario que se establezca un proceso de traducción no unidireccional de palabras, valores, prácticas sociales y aspectos claves de la realidad institucional de cada cultura (Krotz, 2004; Fonet Betancourt, 2000). En este sentido se realiza aquí una aproximación intercultural del derecho humano a la salud mental.

Además esta argumentación subraya los derechos económicos, sociales y culturales como parte del conjunto de los derechos humanos que como tales se constituyen en obligaciones del Estado exigibles judicialmente (Abramovich/Courtis, 2000; Bidart Campos, 2000; Ojea Quintana, 2000). Se destaca la conveniencia de establecer una continuidad entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales de las personas con padecimiento mental (Courtis, 2007:76). Esto implica fundamentalmente que la discusión sobre los derechos de las personas con padecimiento mental no se limite al cierre de las instituciones manicomiales. Sino que supone considerar que la forma en que una sociedad garantiza el derecho humano a la salud mental es el elemento emergente de una compleja situación que involucra, entre otras cosas, una mayor autonomía, la posibilidad del ejercicio de la libertad personal, las relaciones con los otros, la vida en su comunidad, el acceso al trabajo y a la educación.

¹ Fonet Betancourt reconoce que en los universos culturales concretos existen diferencias biográficas y de opciones ético-políticas que se reflejan en contradicciones. Rescata el valor de la subjetividad en las culturas revalorizando la acción del hombre. El autor plantea como supuestos filosóficos del diálogo intercultural entender al ser humano como universal singular y que en su reflexión subjetiva no es un simple reflejo de la cultura en que vive, sino que se apropia de ella y la proyecta más allá de lo instituido (Fonet Betancourt, 2000: 15).

En síntesis, desde esta perspectiva se define el derecho humano a la salud mental como el derecho que tiene todo ser humano al goce de la mayor salud mental posible considerando su constitución física y psíquica actual y posible y su entorno grupal, social y natural. Para efectivizar este derecho humano es necesario que el sistema internacional, los Estados y las instituciones gubernamentales aseguren las mejores condiciones materiales y simbólicas posibles.

El derecho humano a la Salud Mental en las Organizaciones Internacionales

En las organizaciones internacionales se registra un avance en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. En su 40^a aniversario la Federación Mundial de la Salud Mental redactó la *Declaración de los Derechos Humanos y Salud Mental* (1989). Por su parte, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Resolución 46/119 *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental* (1991) y la *Convención de los Derechos de las personas con discapacidad* (2006). La Organización Mundial de la Salud realizó una selección de los *10 Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental* (1996) y la Organización Panamericana de la Salud publicó la *Declaración de Caracas: Derechos Específicos de los Enfermos Mentales* (1990).

En líneas generales, estas declaraciones ponen el acento en el derecho del enfermo mental a ser tratado con el respeto y la dignidad propia de toda persona. Se les reconocen de este modo derechos idénticos a los del resto de los seres humanos (OPS, 1990: Art. 3, ONU, 1991: Principio 1). En estas declaraciones con el concepto de dignidad se busca poner fin a situaciones de abuso, explotación, violencia física y psíquica, estigmatización y discriminación, así como también se prohíbe la experimentación médica o científica a la que las personas con discapacidad mental se han visto expuestas (OPS, 2004: 2). Otro de los principios que se destaca es el derecho a vivir en su comunidad (OMS, 1990: principio 4; ONU, 1991: principio 3 y 7). Se insiste así en la abolición del manicomio y la reinserción social de las personas con sufrimiento mental (OMS, 1996; OPS, 1990).

En estas declaraciones pueden distinguirse distintos modos de concebir los derechos humanos de las personas con padecimiento mental y de distribuir la responsabilidad del cuidado de estas personas entre los actores involucrados.

El modelo propuesto por la Asociación Mundial de Psiquiatras se denominó *los derechos humanos de los enfermos mentales*. El mismo se limita a reconocer que las personas con padecimiento mental tienen los mismos derechos que el resto de las personas con alguna patología. Este reconocimiento resulta significativo en tanto pone fin a situaciones de abuso y limita el poder médico. Desde este modelo se señala que al Estado le corresponde regular las internaciones compulsivas garantizando el derecho del paciente a vivir en libertad y se establece que la obligación de la familia consiste en asesorar al paciente y tomar decisiones respecto de su salud, cuando éste no se encuentre en condiciones de brindar su consentimiento. Sin embargo no considera las dificultades y obstáculos de la inserción social de las personas con padecimiento mental.

El segundo modelo, *la salud mental en el contexto de los derechos humanos*, centra la discusión en el derecho de las personas con padecimiento mental a vivir en su comunidad. Esta forma de interpretar el tema prevalece en los documentos y propuestas

de la Organización Mundial de la Salud. En dichas propuestas la familia se convierte en la responsable del cuidado de la salud mental de sus miembros y de promoción y defensa de sus derechos. Al Estado en tanto le corresponde establecer una política de salud mental acorde a las declaraciones de Derechos Humanos orientada a la atención de la salud mental comunitaria.

Ambos modelos parten del supuesto implícito de que la familia, naturalmente, asumirá las responsabilidades que se atribuyen y sabrá cómo adaptar sus comportamientos para preservar la salud mental de sus miembros.

Finalmente el tercer modelo se puede designar como *el derecho humano a la salud mental*. Sostienen este modelo las recomendaciones del Consejo de Europa, *Normas Uniformes para la igualdad de oportunidades de las Personas con Discapacidad* (ONU, 1993), la *Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la promoción y la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental* (CIDH, 2001) y la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (ONU, 2006). Entre los rasgos característicos de este modelo puede mencionarse la interrelación del derecho a la salud con los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales. Asimismo se destaca la responsabilidad del Estado de proteger, respetar y garantizar los derechos de las personas con padecimiento mental. En consecuencia las declaraciones y recomendaciones que se incluyen en este modelo señalan la obligación de los Estados de adoptar medidas legislativas, jurídicas, administrativas y educativas para alcanzar la plena inclusión de las personas con padecimiento mental. Por ejemplo la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (ONU; 2006) señala que al Estado le corresponde realizar de campañas de sensibilización de la población para reducir el estigma como así también brindar a las familias el apoyo y la orientación necesaria para que estas puedan cuidar de las personas con padecimiento mental responsablemente. Se reconoce a las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos y se incentiva su participación y la de sus familias en los asuntos que le incumben (Consejo de Europa, 1980).

Las políticas nacionales de desmanicomialización

En Argentina este proceso de desmanicomialización se hace visible en 1998 con la aprobación del Plan Nacional de Salud Mental. El plan presenta los propósitos que deben asumir los programas y proyectos que atiendan los problemas de salud/enfermedad mental. Entre estos señala alcanzar la plena vigencia del derecho a la salud mental para toda la población; optimizar las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales; integrar las intervenciones en salud mental y promover cambios en la legislación nacional y las provinciales, que garanticen la atención de la salud mental, respetando los derechos individuales, civiles y políticos del enfermo mental.

A partir del año 2004 se comienza a redefinir el rol del Estado cambiando la filosofía con la que aborda la situación de salud y el compromiso que asume frente a la realidad sociosanitaria. Este cambio se refleja en el documento *Bases del Plan Federal de Salud* (Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, 2004) que considera que:

“La salud es un bien jurídico colectivo. Su respeto se logra, por un lado, a través de un accionar preventivo que el Estado debe desarrollar, y por el otro, garantizando el derecho al acceso a las prestaciones y servicios necesarios” (Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, 2004: 2).

A partir del Plan Federal de Salud se mantiene el *Programa Nacional de Salud Mental* y se refuerzan sus acciones. Asimismo la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable dependiente del Ministerio de Salud de la Nación se propone integrar y articular las Políticas en Salud Mental, promover estrategias para reducir factores de riesgo de enfermedad mental, favorecer el tratamiento de la Salud Mental garantizando el acceso a servicios comunitarios, fomentar la desinstitucionalización y la reinserción social de las personas que padecen una deficiencia intelectual. El *Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes* (Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, 2009) señala que a partir del Plan Federal de Salud se realizan capacitaciones de los agentes de la Atención Primaria de la Salud promoviendo el uso racional de psicofármacos, estableciendo los protocolos de tratamientos con el objetivo de humanizar el trato hacia los pacientes, también se trabaja con otros sectores relacionados con la problemática en la identificación y desarrollo de buenas prácticas en Salud Mental y se informa a la comunidad sobre alternativas de tratamiento.

Por su parte la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación promueve el abordaje de la problemática de la Salud Mental y los Derechos Humanos tomando como referente las convenciones y recomendaciones de Naciones Unidas. Respecto a esta problemática la Secretaría define como preocupantes cuatro situaciones: la gran cantidad de personas institucionalizadas por períodos indeterminados; la carencia y/o falencias de servicios de atención primaria y de modelos descentralizados de atención, que conlleva la actual inequidad en el acceso a los servicios y prestaciones de salud mental por parte del Estado; la vulneración de derechos por parte de las agencias policiales y judiciales y la fragilidad del marco ético en que se desarrollan las prácticas asistenciales, observable -por ejemplo- en la excesiva medicalización farmacológica como respuesta automática a los más diversos cuadros nosológicos. Señala que esta situación conlleva la vulneración total de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Esta Secretaría se propone trabajar en la implementación de políticas públicas en salud mental basadas en el respeto a los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Es decir, promover y aportar a la planificación de estrategias y políticas de intervención en resguardo y garantía de los derechos de las personas con padecimiento psíquico (Presidencia de la Nación Argentina, Ministerio de Justicia, Secretaría de Derechos Humanos, 2005).

En 2006 la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable y la Dirección de Acción Directa a personas y grupos vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación convocaron a distintas asociaciones que trabajan en la temática y crearon la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos. En este espacio participan organismos gubernamentales de salud mental y derechos humanos, directores de hospitales, representantes del Poder Judicial y asociaciones civiles. Entre las asociaciones civiles participan ADESAM (Asociación por los Derechos en Salud Mental), CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales), el Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, Germinar (Agrupación de Graduados/os de la Facultad de Psicología - UBA), MDRI (Mental Disability Rights International), la Cátedra de Psicología Preventiva y Epidemiología (Facultad de Psicología - UBA), el Bloque del Sur de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires y la Red de Usuarios, Familiares y Voluntarios. La Mesa Federal se plantea como objetivo:

“Encarar acciones conjuntas tendientes a incidir en la formulación de políticas públicas basadas en el respeto por los derechos fundamentales de las personas con padecimiento mental y la promoción del mayor ejercicio de estos derechos en todos los sectores de la sociedad” (www.adesam.org.ar).

Las actividades de la Mesa están orientadas a la organización de coloquios regionales de capacitación e interacción entre los agentes de la Justicia y de la Salud, organismos de Derechos Humanos y organizaciones no gubernamentales; la promoción de la participación de usuarios y familiares en estos encuentros y la difusión de los derechos de las personas con padecimiento mental.

Por último en noviembre de 2010, se aprobó la Ley Nacional de Salud Mental², que tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio Nacional (Art. 1). El artículo 7 menciona los derechos que se reconocen a las personas que padecen una enfermedad mental; entre ellos se pueden distinguir aquellos relacionados con las pautas que deben respetar los tratamientos y aquellos que están relacionados con el respeto por la integridad y la dignidad de las personas. Entre los primeros, incluye el derecho: a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada; recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, entre otros. Entre los segundos, menciona el derecho a: conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; y no ser sometido a trabajos forzados (Art. 7).

Además la ley plantea que:

“La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Art. 14).

El artículo 15 agrega que la internación debe ser lo más breve posible en función de los criterios terapéuticos.

Asimismo la Ley apunta a la conformación de redes entre los distintos sectores (salud, educación, cultura etc.) para atender a las personas con padecimiento mental en su comunidad propiciando acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria y previendo el apoyo a los grupos familiares (Art. 11). Por otra parte, prohíbe la creación de manicomios (Art. 27) y deroga la ley N° 22914 (Art. 44).

En síntesis, el cambio en el rol del Estado se observa fundamentalmente en la puesta en marcha de distintas actividades orientadas a generar conciencia acerca de los derechos humanos de este grupo de población. Así, la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación asume un rol activo en distintas regiones del país estimulando la discusión sobre el tema, así como también promoviendo la conformación de organizaciones de familiares e incentivando su

² El proyecto que dio origen a esta ley fue debatido por varias organizaciones en diferentes encuentros como las presentaciones y debates en los Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos convocados por la Asociación de Madres de Plaza de Mayo, en las reuniones de la Mesa Nacional de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, en la reunión de la Mesa Federal de Derechos Humanos en la Provincia de Neuquén, en las Jornadas Institucionales con motivo del centenario de la Colonia Nacional Montes de Oca en la provincia de Buenos Aires, en diversas Asociaciones de Profesionales de Salud Mental, en ámbitos académicos, con organizaciones de usuarios y familiares de personas con padecimiento mental.

participación en estas actividades, junto a los organismos estatales y las asociaciones de profesionales. El contenido de estas actividades se circunscribe a la modificación de pautas terapéuticas que vulneran los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Según datos del Ministerio de Salud de la Nación se ha avanzado en la capacitación de los Agentes de la Atención Primaria de Salud en algunas provincias, en la articulación con otras áreas del Estado y con organizaciones de familiares de personas con padecimiento mental y en la realización de coloquios y talleres de la Mesa de Justicia, Derechos Humanos y Salud Mental (Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, 2009). La efectiva transformación de las prácticas queda bajo la responsabilidad de las autoridades de las instituciones dedicadas a la atención de los enfermos mentales y los agentes de la justicia.

Por otra parte le transfiere la responsabilidad del cuidado de las personas con padecimiento mental a sus familias, pero previendo brindarles el apoyo necesario. Es preciso señalar que aún quedan pendientes las cuestiones relativas a la reinserción de las personas con padecimiento mental en su comunidad, como por ejemplo: el derecho al trabajo, a la educación, a una vivienda digna, etc.

Las personas con padecimiento mental: el caso de Tandil

Hasta aquí se analizó la forma en que las políticas de Estado han adoptado el contenido de las convenciones sobre el Derecho Humano a la Salud Mental. Para profundizar el análisis es preciso considerar qué necesidades insatisfechas que generan obligaciones para los Estados son parte del Derecho Humano a la Salud Mental y quiénes son los responsables de satisfacerlas. Para responder estos interrogantes se utiliza el método situacional de Rolf Künnemann y el método de construcción y análisis de casos de Alcira Bonilla.

Künnemann parte de la constatación de que a cada necesidad le corresponde un derecho. Distingue las situaciones típicas de afectación de los derechos humanos y señala la responsabilidad del Estado y/o la comunidad internacional ante las mismas. La primera situación típica está constituida por la violación de los derechos humanos por acción directa de una autoridad estatal y/o internacional. Al Estado le corresponde subsanar el daño, castigar a los culpables y brindar una reparación adecuada. Existen otras dos situaciones típicas tan importantes como la primera que permiten observar otras formas en las que se afectan los derechos humanos de las personas que padecen una enfermedad mental. La segunda situación típica se refiere a una limitación o violación de los derechos humanos por inacción estatal. Aquí la obligación del Estado y/o la comunidad internacional consiste en adoptar medidas de prevención. En la tercera situación típica Künnemann se refiere aquéllas situaciones en las que se constata la violación de los Derechos Humanos pero no es posible identificar un responsable. En esta situación le corresponde al Estado y/o de la comunidad internacional adoptar medidas pertinentes para satisfacer los derechos vulnerados a la brevedad.

Considerar las tres situaciones típicas propuestas por autor conduce a reflexionar respecto de las obligaciones estatales en la prevención de la enfermedad mental y en el alivio de los padecimientos de los enfermos mentales como así también ante las dificultades que surgen en los procesos de reinserción social de las personas que padecen una enfermedad mental.

El método de construcción y análisis de casos propuesto por Alcira Bonilla plantea la estrategia metodológica a través de la cual una situación de afectación de los

derechos humanos se convierte en una situación típica y permite identificar qué derechos se encuentran afectados y qué demandan las personas afectadas ante el Estado. El método parte del relato de una situación particular en la que se presentan las características más representativas de una situación general.

“Un caso no es cualquier historia. La construcción del caso está gobernada por una lógica y una retórica interna. Es una forma de narración que no se circunscribe a la descripción pura y simple de una situación problemática particular, sino que esboza los rasgos sobresalientes de una situación típica; vale decir, que en el relato que constituye el caso deben estar presentados todos los rasgos que configuran una situación problemática completa en el campo respectivo” (Bonilla, 2004: 10).

En cada relato de los propios protagonistas se identifican las representaciones y las responsabilidades de los actores involucrados, tanto de los grupos afectados y como del Estado, para así poder sacar conclusiones generales de los derechos humanos aplicables en contextos similares. El relato debe estar bien circunstanciado para poder generalizar las relaciones que describe en la medida en que se repitan las condiciones presentadas. A partir de él pueden construirse situaciones típicas en las que se afecten los Derechos Humanos, detectarse regularidades y preverse desarrollos posibles (Vior, 2008). Considerando que rara vez el relato incluye todos los motivos de afectación de los Derechos Humanos, el mismo puede construirse combinando varias historias. De este modo se propone construir el caso a partir de las historias de los pacientes que han sido externados total o parcialmente en la ciudad de Tandil. Se hace la salvedad que en lugar de partir de relato de los mismos protagonistas, las historias se reconstruyen a partir de los expedientes judiciales y las historias clínicas.

La implementación de ambos métodos contribuye a la sistematización científica de situaciones nuevas y a la profundización y ampliación de las investigaciones al respecto que sirven de base para la formulación de políticas de Estado tendientes a la realización del Derecho Humano a la Salud Mental.

Siguiendo esta propuesta metodológica se reconstruyeron historias de vida de personas que padecen una enfermedad mental que han sido internadas en el Servicio de Salud Mental del Hospital General Ramón Santamarina de Tandil en el período 1995-2005 a partir de las historias clínicas y de los expedientes judiciales. Estas personas que han sido total o parcialmente externadas en diferentes períodos. De un total de treinta historias a las que se accedió se seleccionaron siete para analizar, teniendo en cuenta que las mismas reflejaran las distintas situaciones que se producen en el campo. Para profundizar dicha información se entrevistó a los psiquiatras a cargo del Servicio de Salud Mental del Hospital General “Ramón Santamarina”.

Se ha elegido la ciudad de Tandil considerando que los cambios que se vienen produciendo en la forma de atención de esta problemática resultan interesantes de estudiar. La sistematización de estos datos permite conocer la forma en que actúan y se interrelacionan las instituciones, los equipos profesionales y las familias en torno a las personas con padecimiento mental. Además de plantear los nuevos dilemas en la protección de las personas con padecimiento mental. Es decir a partir de la elaboración del caso típico se pueden prever algunos problemas con respecto al cuidado de la salud mental de las personas con padecimiento mental que viven incluidas en su comunidad.

En la ciudad de Tandil la atención de la salud mental en el sector público se desarrolla en el Servicio de Salud Mental del Hospital Ramón Santamarina, como lo prevé la Ley N° 8.388 de la provincia de Buenos Aires. En el período analizado, 1995-2005, el servicio contaba con nueve camas. Según el cuaderno de internación que llevan las enfermeras se registraron 1.475 internaciones. Además se brinda asistencia

psicológica en algunos de los Centros de Atención Primaria de la Salud ubicados en los barrios periféricos de la ciudad.

En 1988 aproximadamente los profesionales a cargo del Servicio iniciaron una transformación que consistió básicamente en acortar los períodos de internación e implementar distintas actividades de hospital de día. El Psiquiatra 1 expresa en la entrevista:

“Un poco lo que intentábamos hacer en el Hospital Santamarina fue justamente que haya puertas abiertas, que haya diversas actividades, que haya integración de los pacientes a actividades sociales. No es fácil porque te chocás contra la estructura hospitalaria que te exige que cada paciente tiene que estar en su cama...”

Esta forma de funcionamiento implicaba una gran cantidad de pacientes en tratamiento, pero muy pocos internados.

“Había -creo- doce camas: seis de hombres, seis de mujeres y sobran camas, a veces. El grueso de la población psiquiátrica que se trabajaba, se trabajaba a través de Hospital de Día, para evitar justamente este tipo de internaciones”.

En la entrevista el psiquiatra subraya la idea de humanizar la psiquiatría y fomentar las actividades sociales entre los pacientes, permitiendo el desarrollo de todas sus potencialidades.

Durante unos años se sostuvo este modo de atención en base a la voluntad de los profesionales. Buena parte del equipo profesional -psicólogos, trabajadores sociales, otras personas que coordinaban actividades con los pacientes- realizaban sus prácticas *ad honorem*, sin contar con ningún otro beneficio (posibilidad de formación, becas) a cambio³.

Este modelo de atención cambió a partir de la jubilación del jefe del Servicio. En ese momento el hospital quedó por unos días sin psiquiatra.

Con la designación del Psiquiatra 2 como jefe del Servicio en abril de 2002 se restringió la atención de la salud mental a la internación y la atención psiquiátrica y psicológica por consultorio externo.

Por otro lado, en el año 2004, por una decisión del Ejecutivo Municipal el Servicio de Salud Mental fue trasladado a “la Casita de las Monjas”, un lugar muy pequeño y sin las comodidades necesarias para la cantidad de gente (pacientes, familiares y personal) que circula diariamente por dicho espacio. El edificio anterior contaba con dos salas grandes para reuniones y actividades grupales y un patio donde los pacientes hacían quinta y jardín, además del comedor y las habitaciones. Este espacio fue demolido para construir allí el Hospital de Niños. En consecuencia las actividades terapéuticas se restringieron a la atención las demandas más urgentes e inmediatas mediante la terapia psicológica individual y la psicofarmacología.

En Tandil hay dos juzgados del fuero Civil y Comercial. En general los juzgados no actúan de oficio, sino por pedido de la familia o por presentación de profesionales. Generalmente las situaciones se presentan al asesor de incapaces quien, para conocer la situación, entrevista a los familiares y/o da intervención a la trabajadora social del juzgado, posteriormente informa de la situación al juez en lo Civil y Comercial y le sugiere las medidas a tomar para intervenir en la situación. El juez decide en consecuencia.

³ Los integrantes del Foro de Salud Mental para Tandil, en “Primer Coloquio Interinstitucional de Salud Mental”, señalan que existe en el Hospital un sistema de concurrencias y visitas *ad honorem*, pero que no se cuenta con un programa de formación para brindar a los profesionales que se incorporan al sistema.

Siguiendo la perspectiva predominante en la Organización Mundial de la Salud, podría concluirse que en la ciudad de Tandil se respetan los derechos humanos de las personas con padecimiento mental en tanto desde las instituciones de salud y juzgados se procura que las internaciones no se prolonguen más de lo que es necesario terapéuticamente. A partir de la construcción y el análisis del caso se constató tanto en los profesionales del Hospital Ramón Santamarina como en los funcionarios de los Juzgados en lo Civil y Comercial N° 1 y N° 2 un interés por respetar el derecho de las personas con padecimiento mental de vivir en la comunidad.

Sin embargo, esta aseveración no permite percibir que las instituciones encargadas de la protección de las personas con padecimiento mental transfieren a las familias un conjunto de obligaciones, sin tener en cuenta su realidad sociocultural. Gran parte de la responsabilidad del cuidado de la persona con padecimiento mental, la continuidad de su tratamiento y la posibilidad de que sus derechos se hagan efectivos sigue recayendo en las familias, varias de las cuales no están en condiciones materiales y/o emocionales de sostener y acompañar la recuperación de sus miembros con padecimientos.

Las historias examinadas muestran que las acciones de la familia y las instituciones, para proteger a las personas con padecimiento mental, no se complementan. Por el contrario, las instituciones actúan cuando la familia demanda atención y cuando ésta abandona su función contenedora, no existe otro dispositivo institucional que la suplante. Por su parte, el personal del Hospital se preocupa porque la persona con padecimiento mental recupere su salud y no permanezca internada más tiempo de lo necesario. Cuando el Hospital solicita el alta del paciente considerando su evolución clínica, el juzgado la autoriza evaluando la situación socioeconómica de la familia, para determinar quién se hará responsable del paciente. Desde ambas instituciones se espera que la familia lo acepte y asuma la responsabilidad de ofrecerle un lugar para vivir, de acompañarlo, de garantizar que realice tratamiento. Además se supone que la familia actuará de acuerdo a lo establecido por la ley, siendo consciente del funcionamiento de los mecanismos institucionales de protección. Si el paciente está estabilizado clínicamente, se transfiere la responsabilidad del cuidado a la familia y se le indica la forma en que debe contenerlo. Se tiende a que la familia se adapte al discurso médico que le señala cómo debe cuidar a la persona con padecimiento mental. Es decir, desde una posición de saber hegemónico, el psiquiatra impone una forma de contener a la persona con padecimiento mental que la familia debe adoptar. Pero las instituciones no consideran que, desde la perspectiva de las familias, el miembro con padecimientos mentales tiene comportamientos distintos a los esperados y que, por lo tanto, cuestiona la idea de normalidad que la mayoría de las familias tienen. Tampoco consideran las habilidades con que cuenta la familia para resolver los problemas cotidianos vinculados con estas situaciones. Siguen sosteniendo criterios de normalidad etno y androcéntricos basados en un modelo de ser humano al que las personas con padecimiento mental y sus familias se deben aproximar como signo de la recuperación de su salud sin respetar las particulares modelaciones socioculturales y de género de las y los destinatarios de sus medidas.

Conclusión

Como pudo observarse las Políticas del Estado en Argentina avanzan a partir de 1998, con la aprobación del *Plan Nacional de Salud Mental*, hacia el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Las distintas propuestas se centran, fundamentalmente, en la problemática de la institucionalización de los enfermos mentales por períodos prolongados, y en la modificación de prácticas

terapéuticas que afecten sus derechos humanos. A partir de 2004 el Estado ha asumido un rol activo en la capacitación del personal del área con respecto a los derechos humanos. Pero aún no ha descargado a las familias de una parte de la responsabilidad por el cuidado de la salud mental de sus miembros.

Del análisis del caso puede concluirse que la posibilidad de garantizar los derechos de las personas con padecimiento mental depende de que sus familias reclamen su efectivización. Sin embargo, también se observó que, aún cuando la persona con padecimiento mental cuente con un curador o una persona en su entorno que demande por el cumplimiento de sus derechos y se adapte a lo establecido por el psiquiatra para el cuidado de la salud, si desde las instituciones estatales no se aseguran las condiciones de vida necesarias para el paciente, entre ellos el acceso sencillo y espontáneo al tratamiento, a la vivienda y a un hogar donde esté contenido, tampoco se satisface el derecho humano a la salud mental.

El caso construido demuestra que el derecho humano a la salud mental se desgarantiza, si las instituciones actúan de manera aislada una de la otra para alcanzar sus objetivos y la familia queda como única responsable de coordinar los esfuerzos y recursos de las instituciones para proteger a las personas con padecimiento mental. No se puede garantizar el derecho humano a la salud mental, tal como se lo definió en este trabajo, si las instituciones y los funcionarios encargados de ejecutar las políticas de Salud Mental no reconocen y articulan los esfuerzos que realizan las familias, los equipos profesionales y las instituciones públicas y privadas encargadas de proteger a las personas con padecimiento mental.

Bibliografía

- Abramovich, Víctor/ Courtis, Chistian 2000: “¿Los derechos sociales son exigibles?” En *Hechos y Derechos* N° 7. (Buenos Aires), pp. 7-32.
- Bastide, Roger 1983 (1967): *Sociología de las enfermedades mentales*. (Editorial Siglo XXI. México. D. F.)
- Bidart Campos, Germán 2000: “Los derechos económicos, sociales y culturales en la Constitución reformada en 1994”. En *Hechos y Derechos* N° 7, pp. 39-47. (Buenos Aires).
- Bonilla, Alcira 2004 manuscrito: “El empleo de casos en la enseñanza de la ética: pros y contras”. Gentileza de la autora.
- Bonilla, Alcira 2006: “¿Quién es el sujeto de la bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad”. En Losoviz, Alicia; Vidal, Daniel; Bonilla, Alcira: *Bioética y Salud Mental. Intersecciones y dilemas*. (Editorial Akadia. Buenos Aires.)
- Bonilla, Alcira 2008: “Ciudadanía interculturales emergentes y realización diferenciada de un derecho a la salud mental como derecho humano”. En <http://www.ddhmi migraciones.com.ar>
- Cels /MDRI 2007: *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires. En [hppt://www.cels.org.ar](http://www.cels.org.ar)

- Clarac, Jacqueline 2004: "Salud Mental y globalización, necesidad de una nueva etnopsiquiatría" En *Boletín Antropológico N° 61*. (Universidad de los Andes. Mérida.)
- Courtis, Christian 2007: "La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ¿Ante un nuevo paradigma de protección?" En Secretaría de Relaciones Exteriores: Programa de Cooperación sobre derechos humanos. México- Comisión Europea: *Memorias del Seminario Internacional Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. (México D. F.)
- De Lellis, Martín 2006: *Psicología y Políticas Públicas de Salud*. (Editorial Paidós. Buenos Aires.)
- Fiasché, Ángel 2005: *Hacia una psicopatología de la pobreza*. (Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires.)
- Fornet Betancourt, Raúl 2000: "Supuestos filosóficos del diálogo intercultural" En <http://them.polylog.org/>
- Fornet Betancourt, Raúl 2003: *Interculturalidad y Filosofía en América Latina*. (Aachen: Wissenschaftsverlag Mainz in Aachen.)
- Foucault, Michel 1982 (1964): *Historia de la locura en la época clásica*. (Fondo de Cultura Económica. Tercera Reimpresión. México. D. F.)
- Foucault, Michel 2005: *El poder psiquiátrico*. (Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.)
- Krotz, Esteban/ Chenaut, Victoria 2002: *Antropología Jurídica: perspectivas socioculturales en el estudio del Derecho*. (Anthropos Editorial. México. D. F.)
- Krotz, Esteban 2004: "Los derechos humanos hoy: de la aculturación al diálogo intercultural" En Castro- Lucic, Milka: *Los desafíos de la interculturalidad. Identidad, política y derechos humanos*. (Editado por Vicerrectorado de la Universidad de Chile. Santiago de Chile.)
- Künneman, Rolf 1996: *Six Lectures on the Right to an Adequate Standard of Living (Food, Housing, Health, Social Security)*, (Heidelberg, FIAN.)
- Künnemann, Rolf 2002: *Nine Essays on Economic Human Rights (1993-1997)*, (Heidelberg, FIAN.)
- Menéndez, Eduardo 1979: *Cura y control. La aproximación de lo social por la práctica psiquiátrica*. (Editorial Nueva Imagen. México. D. F.)
- Menéndez, Eduardo 2004: "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En Spinelli Hugo: *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. (Editorial Lugar. Buenos Aires.)
- Vior, Eduardo 2005: "¿Qué imagen de Nación se adecua mejor a la nueva población de Argentina?". Congreso de la Sociedad Argentina de Análisis Político, Córdoba, 15 al 19 de noviembre de 2005.
- Vior, Eduardo 2007: "¿Cambia la visión de los derechos humanos de una cultura a otra?" Publicado en EPAI / Celina Lectora Mendoza (coord.) (2007),

Evolución de las ideas filosóficas: 1980- 2005, (Editorial FEPAI, Buenos Aires).

Vior, Eduardo 2008: “Los derechos humanos como condicionantes de las políticas de Salud Mental”. Primeras Jornadas Psicología y Problemas Éticos en la Sociedad Contemporánea. Buenos Aires, 26 de abril de 2008.

Vior, Eduardo y Bonilla, Alcira 2008: “El derecho humano a la migración y las ciudadanías interculturales emergentes: el caso de la minoría de origen boliviano en la ciudad de Buenos Aires”. X Congreso de Antropología Social: Fronteras de la Antropología, Posadas, 5 al 8 de agosto de 2008.

Vior, Eduardo y Cano, Carolina 2009: “Algunos interrogantes sobre el derecho humano a la Salud Mental”. XXV Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, Mar del Plata, 22 al 25 de abril de 2009.

Convenciones y Tratados de Organismos Internacionales

Asociación Americana de Psiquiatría 1994: *DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

Asociación Mundial de Psiquiatría 1983: *Declaración de Hawai/II*

Asociación Mundial de Psiquiatría 1989: *Proposición y puntos de vista de la AMP sobre los Derechos y la protección legal de los Enfermos Mentales*.

Comisión Interamericana de Derechos humanos 2001: *Recomendación de la Comisión Interamericana de los Derechos humanos sobre la promoción y protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental*.

Comisión Interamericana de Derechos humanos 2008: *“Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”*.

Consejo de Europa 1977: *Recomendación 818 sobre la situación de los enfermos mentales*.

Consejo de Europa 1980: *Recomendación N° R. (80)4 del Comité de Ministros a los Estados Miembros respecto del Paciente como Partícipe Activo de su Propio Tratamiento*.

Consejo de Europa 1983: *Recomendación R (83)2 sobre la protección legal de las personas que padecen trastornos mentales, internados como pacientes involuntarios*.

Federación Mundial de la Salud Mental 1989: *Declaración de los Derechos humanos y La Salud Mental*

Organización de las Naciones Unidas 1948: *Declaración Universal de los derechos humanos*. Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 217 A.

Organización de las Naciones Unidas 1966: *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 2200 A.

- Organización de las Naciones Unidas 1991: *Principios para la protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la salud mental*. Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 46/119.
- Organización de las Naciones Unidas 1993: *Conferencia Mundial de Derechos humanos. Declaración y programa de Acción de Viena*. Asamblea General de Naciones Unidas. Viena.
- Organización de las Naciones Unidas 2006: *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Asamblea General de Naciones Unidas
- Organización Mundial de la Salud 1996: *10 principios básicos para la atención de la salud mental*.
- Organización Mundial de la Salud 2001b: *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*.
- Organización Mundial de la Salud 2006c: *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos Básicos. 45ª Edición
- Organización Panamericana de la Salud 1990: *Declaración de Caracas Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*.

Leyes nacionales y provinciales

- Honorable Congreso de la Nación Argentina 1983: *Ley N° 22.914: Internación y egreso de establecimientos de salud mental*.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina 1988: *Ley N° 23.660 de obras sociales*
- Honorable Congreso de la Nación Argentina 1989: *Ley N° 23.661: Sistema Nacional del Seguro de Salud*.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina 1997: *Ley N° 24.901: Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad*.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina 2001: *Ley N° 25.251: Creación del Programa de Atención Primaria de la Salud Mental*
- Honorable Congreso de la Nación Argentina 2010: *Ley N° 26657: Ley de Salud Mental*
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2000: *Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*.
- Legislatura de la Provincia de Buenos Aires 1975: *Ley N° 8.388: Programa Provincial de Salud Mental*.