

# EL ENFOQUE DE DERECHOS EN LO MENTAL DE LA SALUD: SU APORTE A LAS POLITICAS PÚBLICAS

Yago Di Nella - 2011

## INTRODUCCIÓN

La llamada *Salud Mental* constituye un ámbito por demás complejo, con un sinnúmero de problemáticas, muchas de ellas extensivas al campo de la salud en general. Una de estas dificultades gira en torno a su delimitación, por cuanto la misma antinomia Cuerpo – Mente (ya caída epistemológicamente), no parece hoy día ser operante en el abordaje de los problemas de salud, sean estos de manifestación preponderantemente orgánica o mental.

Asimismo, al definirse el **derecho a la salud** como elemento prioritario para el respeto del derecho a la vida, éste resulta inseparable del acceso a los servicios de *salud mental* para aquellas personas que en algún momento de su vida padecen psíquicamente.

De acuerdo a lo prescripto en la Declaración Universal de los *Derechos Humanos* (1948), hoy incorporada a la Constitución Nacional, el Estado debe garantizar derechos tales como los que a continuación se enumeran:

### Artículo 25

1. *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.*
2. *La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.*

Cuando existe un riesgo para la salud o para la vida, por ejemplo, surge un resorte ciudadano para apelar a la Administración de Justicia y solicitar la exigibilidad del cumplimiento de la protección y defensa de los *Derechos Humanos*.

Ahora bien, nos hallamos aquí ante normativas vinculadas de manera genérica a la perspectiva de los *Derechos Humanos*. Existe otro conjunto de normativas que, si bien es poco conocido, aborda aspectos vinculados específicamente al campo de la *Salud Mental*.

El presente trabajo, procura interesar al lector en la necesidad de conocer esos documentos e incorporarlos como sustento de las nuevas políticas públicas en ***lo mental de la Salud***. Estas normativas, hoy por hoy, constituyen en la actualidad el principal parámetro legal y deontológico del campo, al menos hasta que se apruebe una Ley Federal de *Salud Mental*.

## I. LA SALUD MENTAL EN EL MUNDO

De acuerdo a los datos proporcionados por la OMS en su **Informe de Salud Mundial 2001**, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos de conducta a lo largo de su vida, y están presentes en cualquier momento del tiempo en aproximadamente el 10% de la población mundial (OMS, 2001).

Los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 13% del total de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo. Cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad de mundial resultan de condiciones psiquiátricas, incluyendo la depresión, el consumo de alcohol, la esquizofrenia y los *trastornos obsesivos compulsivos*.

Aún, cuando las evidencias disponibles indican claramente la relevancia que adquieren tales problemáticas sanitarias en todo el mundo, es perceptible constatar que debe trabajarse fuertemente por la inclusión de la *Salud Mental* en la agenda pública, a fin de promover un mayor interés de parte de la dirigencia política y la sociedad en general.

Diversos factores obran desfavorablemente en torno a este objetivo:

- a) Con excepción de los casos aberrantes que suceden en instituciones de carácter total y obedeciendo a coyunturas muy específicas, en el tratamiento dispensado por los medios masivos de comunicación, no se tratan los determinantes colectivos que impactan sobre un número mayor de personas. Se expone con mucha mayor frecuencia la situación que atraviesan los enfermos hospitalizados, que lo sucedido a la inmensa mayoría de las personas que, sufriendo también padecimientos mentales, no son detectadas como tales sin recibir atención. La enfermedad mental aparece, en la representación popular, fuertemente asociada a sucesos de carácter policial, en los que el calificativo de ***loco*** aparece vinculado al ***delito***, a la violencia, a la inseguridad y la muerte; y a la percepción de amenaza y peligrosidad que se ha difundido notoriamente en la sociedad actual. Ello obliga a desarrollar iniciativas que permitan la inclusión del tema en la agenda pública, de manera

menos reactiva; difundiendo aquellas acciones que actualmente promueven la restitución de derechos y el incremento de posibilidades para la externación e inserción social.<sup>1</sup>

- b) En nuestro país, carecemos de información sistemática y actualizada sobre la cantidad y gravedad de las dolencias en *Salud Mental* o sobre las estrategias que se emplean para su mitigación, dado que en los medios políticos, académicos o científicos no se han promovido estudios de corte epidemiológico que abarcaran a importantes muestras poblacionales<sup>2</sup>. Si bien no se halla difundida una cultura del registro y la sistematización de información, que facilite rápidas estimaciones sobre la distribución de las problemáticas de *Salud Mental*, se cuenta con estudios aproximados que señalan el crecimiento en la incidencia de fenómenos tales como la violencia, la depresión, los suicidios, el tabaquismo y el alcoholismo.
- c) En relación con los recursos disponibles en el nivel mundial y, a pesar de la alta prevalencia de los trastornos mentales como causa de morbilidad general, el presupuesto en *Salud Mental* resulta inferior al 1%, un indicador claro del orden de prioridades en el cual se ubican dichas problemáticas.

Revisando algunos hitos que han permitido colocar en la agenda pública cuestiones ligadas a la *Salud Mental*, las iniciativas de reforma se han concretado o cristalizado en una serie de declaraciones y recomendaciones internacionales, que han ganado aceptación y consenso en gran parte del mundo y, particularmente, en los medios profesionales y académicos especializados, a punto tal que se establece una suerte de tensión o brecha entre lo que señalan o prescriben normativamente los documentos legales y/o sanitarios, con lo que efectivamente observamos en el proceso de atención.

En el abordaje de esta problemática se adoptan como referencia diversos instrumentos internacionales en el ámbito de las Naciones Unidas y sus organismos especializados.

## **2- LA SALUD COMO DERECHO: ADECUACION DE LAS POLITICAS PUBLICAS**

El contexto social actual, fuertemente impactado por la sensación de inseguridad pública (que no se limita al resguardo de la propiedad, sino que se manifiesta en todo derecho no garantido), el "descreimiento en la Justicia", el

---

<sup>1</sup> A menudo ha sido posible instalar la problemática de la rehabilitación comunitaria de los *enfermos mentales* a partir del tratamiento ficcional de ciertas acciones o programas rehabilitadores, acompañando desde el mensaje enviado por el sector salud aquello que permita una mayor identificación del público masivo con la suerte o el padecimiento de los pacientes hospitalizados

<sup>2</sup> Con excepción de los estudios realizados por el Programa de Epidemiología Psiquiátrica dirigido por el Dr. Pagés Larraya en la década de los `80 y con el aval científico del CONICET.

colapso de los Servicios de Salud tradicionales (meramente asistenciales), y las enormes dificultades para contener socialmente enormes espacios territoriales-comunitarios con falencias para el acceso a los servicios más básicos para la vida humana, así como hechos de alta resonancia social que son de dominio público, han demostrado la ineficacia del Estado en sus formas clásicas de intervención para resolver los problemas, prevenir el acaecimiento de conflictos y anticiparse a las diversas formas de manifestación de la violencia (familiar, institucional y social), dentro del marco de realización de los Derechos Humanos, hoy inscriptos con rango constitucional.

Distintas fuentes de muestran cómo problemáticas como las de chicos en la calle (sea deambulando por problemas familiares, siendo explotados laboralmente o bien iniciándose en la actividad delictiva); la conflictividad social y la violencia callejera e institucional; el Sistema de Salud Hospitalocéntrico colmado en su capacidad y sin reflejos para acercarse a los problemas de la comunidad, a la vez que afectado seriamente en el deterioro de sus propios agentes (burocracia y corrupción, escasez de recursos, dificultades para la capacitación en servicio, sobredemanda de atención para los recursos humanos disponibles, violencia laboral, precariedad laboral, etc.), son algunos indicadores de un sistema que tiende a resolver drásticamente el conflicto por vía del Sistema Penal, judicializando y hasta criminalizando –muchas veces- situaciones que bien podrían abordarse y resolverse desde un encuadre metodológico de presencia con cercanía, sensible a los problemas más cotidianos de los grupos humanos, en la vida coyuntural del día a día de barrios y asentamientos, promoviendo la solución pacífica, participativa e integral de los mismos.

El desafío del momento actual está dado en la búsqueda de un enfoque promocional que procure instalar una cultura de vida sana (proclamado en los últimos dos decenios incansablemente por diversos organismos internacionales especializados en el tema<sup>3</sup>). Es decir, la tarea prioritaria de las instancias de formación académica y de los organismos gubernamentales debiera ser la de generar acciones e iniciativas que tiendan a impulsar la tarea de reproductores comunitarios de comportamientos saludables, de modo de anticipar conductas singulares o colectivas de daño y que, además, se proponga reducir al máximo la vulnerabilidad psicosocial, tanto de los sujetos a incluir en el dispositivo de intervención (donde es fundamental la inclusión de abordajes operativos, como el de Investigación-Acción Participativa), como de los propios agentes institucionales y comunitarios que se encargan de la asistencia, tradicionalmente así concebida.

Consideramos entonces necesaria **la formación y consolidación de iniciativas específicas** referidas al abordaje de estos grupos, haciendo énfasis en l@s niñ@s, adolescentes y jóvenes, desde una visión que los considere sujetos plenos de Derecho, con una vida potencialmente SANA por delante, y no meros objetos de socialización y control.

---

<sup>3</sup> Para más detalle, ver listado de declaraciones e instrumentos en materia de promoción de la salud y de salud mental de OMS, OPS y ONU, entre otras)

Nuestra perspectiva parte entonces de la necesidad de articular la experiencia de trabajo en redes comunitarias, poniendo sobre la base y fundamento la integración de la llamada “salud mental” con los otros componentes de la salud, en un enfoque integral que se sustraiga de la fragmentación del sujeto de intervención, según disciplinas y prácticas. Esto implica posicionarse desde la aplicación de abordajes consistentes con la teoría de la Complejidad, en tanto enfoque superador del causalista lineal, que predominara desde el auge del positivismo científico hasta nuestros días.

Claro que esto supone repensar toda una serie de prácticas pensadas en distintos momentos histórico-sociales, donde el sujeto era visto parcialmente y sólo como un ser “asistido”, sin otro rol que el de ser receptor de una práctica “médica”. Pero, además conlleva una necesaria articulación entre tres componentes básicos de la vida social: a) la Administración de Justicia (y la consecuente modificación de prácticas asilares que caracterizaron su historia reciente y –en muchos casos- su presente); b) la inclusión del enfoque de derechos (para dar cumplimiento efectivo a la Constitución Nacional) y c) Lo Mental de la Salud, con perspectiva comunitaria, indispensable al momento de sostener el enfoque de derechos en las prácticas concretas, marcadas por la necesidad de establecer como eje de la planificación de políticas públicas (servicios y prestaciones) a la Atención Primaria en Salud.

La Ciencia emerge de un contexto social determinado y como necesidad de dar respuestas o conceptualizar respecto de una serie de cuestiones a resolver, que delimitan su objeto de estudio y, en cierta medida, sus estrategias de abordaje. El encierro institucional o la atención fuera del marco comunitario de vida, para las personas con problemas de salud debiera ser el último recurso de intervención, según lo acordado ya hace tres decenios en el marco de las Naciones Unidas. Sin embargo, y a la luz de los procedimientos cotidianos de las políticas públicas y los agentes de la Administración de Justicia, suele ser el primero y –a veces- el único. Esto requiere una urgente revisión, pues está en franca contradicción con nuestro marco legal vigente.

En efecto, una política pública en *lo mental de la Salud* debe tener presente al menos tres consideraciones básicas:

- 1) La necesidad de integrar recursos humanos propios del Estado en el nuevo enfoque, a partir de una tarea docente permanente de recapacitación, pues sus formaciones de grado o técnicas (según el caso), se han caracterizado, salvo excepciones, por la enseñanza programada desde el enfoque asistencial, libremercadista y con enormes falencias en términos de planificación y gestión de políticas en salud pública. Todo ello, puede conducir a situaciones de vulneración de derechos, claramente estatuidas por nuestro encuadre jurídico actual.
- 2) La urgente tarea de actualizar los planes y programas universitarios de formación, apuntando a la capacitación en sanitarismo, acciones comunitarias participativas, planificación estratégica y gestión institucional de políticas salubristas, temas de manejo imprescindible en el actual

esfuerzo por parte de las agencias y organismos del Estado por cumplir con los mandatos dictados constitucionalmente, sobre todo por los instrumentos de derechos humanos conculcados en nuestra Carta Magna<sup>4</sup>.

- 3) La necesaria inclusión de los aportes de los movimientos sociales con enclave territorial en la consideración comunitaria de los dispositivos de intervención, toda vez que conforman las nuevas estrategias de organización (redes de comedores barriales, centros de gestión jurídica, espacios de atención primaria de abrigo, vivienda, documentación, etc.), lo cual las constituye en herramientas insustituibles de una planificación participativas de políticas públicas en Salud. La cogestión activa mediante la inclusión efectiva de personas, grupos y entidades de la comunidad local, en un proyecto colectivo que nos permita sistematizar una fuerza nucleadora de disciplinas y saberes diversos, es hoy en día fruto de un enfoque que ha logrado superar prejuicios profesionales sobre el origen del conocimiento, su capacidad de aplicación y, sobre todo, sobre la calidad de las prestaciones, antaño pensadas como privativas del “hombre de ciencia”. Desde el abordaje democratizante (M. Montero) que supone el abordaje desde el encuadre participativo del enfoque de derechos, todas las personas y cada uno de los grupos humanos son necesarios, para lograr una atención integral que privilegie la contención comunitaria de los conflictos y de sus sujetos más vulnerables, por sobre la consabida “solución” alienista (que nunca lo fue) de la institucionalización del sujeto que padece “mentalmente”.

Esto exige entonces una configuración participativa con esos 3 tipos de actores sociales. Y entonces aquí cabe una reflexión acerca de la función social de la Universidad Nacional. *Si la Universidad, sin dejar de reconocer su lugar en relación al Saber (todo lo contrario), acepta el reto de volcarse directa y abiertamente hacia la comunidad que la alberga; habremos encontrado el más invalorable de los recursos de formación: La práctica técnico-profesional en el Trabajo Comunal Universitario.* Esto permitiría que los jóvenes profesionales que intervienen en el ámbito, puedan visualizar claramente las prácticas ajustadas a derecho y, a su vez, ver sus ventajas relativas, en cuanto a las condiciones de atención de los sujetos de intervención, como en lo referido a su propia salud y bienestar como trabajador del campo de la salud.

Hoy en día, en cambio, *estudiantes sabelotodo de fotocopias*, poco pueden hacer a la hora de intervenir para garantizar el acceso al derecho a la salud de poblaciones entras, toda vez que su mirada se centra en la capacidad de ese sujeto para ser asistido (y solamente eso) desde sus escasas herramientas y con una precaria experiencia en procedimientos de atención diversos a los que establece el mercado liberal de la salud.

---

<sup>4</sup> Nos referimos al artículo 75, Inciso 22 de la Constitución Nacional.

### 3- IDEAS PARA UNA PROPUESTA DE POLITICA PÚBLICA EN LO MENTAL DE LA SALUD

#### 3.a- Para una estrategia coherente con nuestra Constitución Nacional

Decíamos que si se pretende dar cumplimiento a la Constitución Nacional, se impone dar un abordaje especial y específico al desarrollo de una política pública destinada al mejoramiento de la Salud Colectiva, lo cual que no implica renunciar a la hoy predominante –y hasta asfixiante- línea directriz de la atención clínica, sino el hecho de incluirla **en un abordaje que aúne la promoción, con la prevención, la asistencia y la rehabilitación, desde la Atención Primaria en Salud**, con especial hincapié en los estilos de vida saludables (y lo que no lo son). El encuadre específico para ello no puede prescindir de la *Psicología Comunitaria*.

Esto implica además, el abordaje y estudio de las comunidades desde la perspectiva y la formación de la **Psicología de la Salud**, y la marca que imprime en nuestro país (y región) en los estilos de vida de las poblaciones más vulnerabilizadas. Plantear este enfoque supone asumir una **perspectiva salubrista**. Esta, representa una de las dimensiones básicas de la propuesta aquí esbozada (junto al enfoque de derechos), pues implica la inclusión de las personas y grupos en prácticas de estilos de vida saludables, así como las acciones de intervenciones preventivas de procesos subjetivos impositivos (psicosomáticas, trastornos alimentarios, adicciones, dependencias en general, etc.) y explosivos (violencia, exclusiones por discriminación, etc.). Ahora bien, todas estas problemáticas (tan diversas como complejamente entrecruzadas y multideterminadas) requieren ser atendidas desde la política pública integral en Salud, para su eficiente y eficaz atención, sin establecer las ficticias separaciones antinómicas entre lo mental y lo corporal, lo analizable y lo no analizable, lo atendible y lo no atendible, o entre lo normal y lo patológico.

El Estado, como garante del Derecho a la Salud, no puede – o no debería- darse ese lujo de elegir sobre aquello que le es solícito desde la comunidad como demanda de intervención, ni tampoco debiera conformarse con responder a dicha demanda como única acción, toda vez que los grupos más vulnerabilizados mal pueden demandar sobre aquello que los sojuzga o los castiga, sin dejarlos con la mínima capacidad de decidir algo sobre sus padecimientos.

En consecuencia, una estrategia de atención pública masiva en *lo mental de la salud* debiera contemplar una serie de cuestiones básicas enraizadas con el salubrista como estrategia básica de las estrategias de intervención. Esto implica partir (sin contentarse con ello, claro) de los saberes presentes en las mismas comunidades, para construir participadamente la agenda de temas a ser abordados, es decir, operar desde la **Investigación-Acción Participativa**. Se trata de un encuadre metodológico apto para la intervención de probada eficacia en comunidades vulnerables con a) dificultades para acceder a los servicios de salud y b) cuando es ostensible la no visualización (o invisibilización) de problemáticas y comportamientos que la dañan o la vulneran. Así, se procura facilitar a la población *con* (no *sobre*) la que se interviene el **efectivo acceso al**

**derecho a la Salud**, incluido en la Constitución Nacional de 1994, en la Declaración Universal sobre los Derechos Humanos (Art. 5, ONU).

Dar cumplimiento a este nodal derecho, implica la implementación sistemática de una política pública de salud en cada una de las comunidades – haciendo énfasis en las más vulnerables- mediante un Programa centrado en a) la *Investigación-Acción Participativa* como modelo de abordaje); b) la formación de *Recursos Humanos capacitados* en psicología comunitaria, para la intervención desde el *enfoque de derechos* y la *perspectiva salubrista* y c) la asistencia técnica permanente sobre *Promoción de la Salud y Prevención de situaciones de vulnerabilización psicosocial*, como instancia científica universitaria, desde la cual elaborar las acciones necesarias para poner en vigencia el Derecho a la Salud (Declaración Universal sobre los Derechos Humanos –ONU-), hasta tanto el organismo público pueda por sí mismo asumir esa función rectora.

Esta caracterización tiene por objeto promover comportamientos saludables, reducir las situaciones de vulnerabilidad psicosocial, resignificar la prevención en salud comunitaria, establecer el principio de la intervención mínima, generar y difundir los conocimientos que derivan de esas iniciativas y dar respuesta (atención y/o derivación) a las demandas de asistencia técnica especializada, todo esto avalado en la normativa internacional y nacional existentes, y las nuevas producciones colectivas que surjan de la misma puesta en marcha de la política pública.

### **3.b- Principios generales para una política salubrista y con enfoque de derechos en lo mental de la salud**

Una propuesta de este tipo, debe propiciar la consecución de principios básicos desde los cuales se impulse la nueva política pública salubrista en lo mental de la salud. Para ello se requiere establecer previamente –aunque con cierta flexibilidad necesaria- patrones de organización de las iniciativas que conformen la puesta en acción de la estrategia general del plan de trabajo. Con ello se procura:

1. posibilitar un abordaje integral de la problemática;
2. diseñar participativamente acciones e iniciativas orientadas a contribuir a una política local operativa, sustentada en los lineamientos nacionales e internacionales presentes en la nueva Constitución Nacional;
3. consolidar bases teóricas y técnicas para desarrollar redes de contención comunitaria sustentadas en procesos de participación activa, derecho al disenso y autogestión, que tiendan a disminuir la vulnerabilidad de la población;
4. reconsiderar la función social y psicosocial de los Sistemas de Atención de Salud, procurando la construcción de instrumentos de diagnóstico y de abordaje acordes con la Constitución Nacional.

La necesidad de recursos de este nuevo esquema de política pública, reposará en requerimientos institucionales y comunitarios, a los que se agrega la necesidad de contar con RECURSOS HUMANOS capacitados teórica y técnicamente. Al trasladar el saber a lo que emerge en el contacto con la

Comunidad, desde la práctica técnico-académica (Universidad, Organismo rector en Salud Comunitaria, etc.), se hace evidente que la **docencia**, la **investigación** y la **asistencia técnica**, desde un análisis crítico, sólo pueden desenvolverse correctamente dentro de un marco interdisciplinario e interinstitucional que asegure un enfoque acorde a los hechos o problemáticas que se pretende abordar, posibilitando una eficaz respuesta científica a las demandas que nos presenta el desarrollo social del país y de la región.

Este enfoque de política pública en lo mental de la salud con pretensión salubrista e integral (desde el paradigma de la complejidad) supone entonces que se debiera apuntar principalmente a:

1. Realizar un **aporte concreto, teórico-metodológico, a políticas y programas** en el nivel provincial (con bajada al territorio local) y municipal, **del área de Salud Comunitaria** (con prioridad sobre niños y jóvenes), que posibiliten la adecuación de las políticas específicas en el marco de la Constitución Nacional, específicamente, de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Principios de Salud Mental de las Naciones Unidas y documentos conexos.
2. Contribuir a definir acciones tendientes a **consolidar estrategias de atención y contención comunitaria** de las problemáticas de salud y la generación de instancias de sensibilización y/o aprendizaje para la incorporación de comportamientos saludables, sobre todo para niñ@s, adolescentes y jóvenes, evitando en lo posible la privación de libertad temporaria o permanente (cualquier medida de aislamiento o institucionalización).

Según estos ejes, los principios de acción que inspiran el modelo aquí presentado, se podrían sintetizar brevemente en los siguientes:

- *Aplicación de los lineamientos y recomendaciones de Naciones Unidas en materia de promoción de la Salud y prevención de la Enfermedad y la violencia,*
- *cumplimiento de los Derechos Humanos y atención de la vulnerabilidad psicosocial y su vinculación con los procesos de desarrollo humano sustentable en las comunidades vulnerables en las que se implemente la política pública en este ámbito..*
- *Promoción de la cooperación, interdisciplinaria, intersectorial, interuniversitaria e interinstitucional, dirigida a la coordinación de esfuerzos y armonización de políticas y abordajes para la implementación de las iniciativas.*
- *Ejecución de acciones de intervención para la aplicación y transferencia de tecnologías en promoción de comportamientos saludables y reducción de situaciones de vulnerabilidad psicosocial, alentando, impulsando y/o sosteniendo iniciativas específicas tendientes al acceso efectivo al derecho a la Salud, en comunidades y grupos vulnerables.*

- *Pautación precisa de formas de participación comunitaria en servicios, prestaciones e iniciativas.*
- *Consolidación del respaldo científico y tecnológico en los centros de formación de profesionales y técnicos en el marco del Jushumanismo<sup>5</sup>, tendiente a superar las tradicionales formas y contenidos de capacitación e intervención que no contemplan las nuevas normativas internacionales (Naciones Unidas) y del país (Constitución Nacional).*
- *Establecimiento del principio de intervención mínima (el tratamiento menos restrictivo posible), como eje de las prestaciones institucionales en Salud.*
- *Evaluación de las prácticas y servicios de acuerdo a criterios de eficacia y eficiencia prestacional, construidos en base al enfoque de derechos y a precisos estándares de calidad epidemiológicamente probos.*

Estos principios suponen ***un modelo salubrista de atención integral interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial***, construido a partir de conceptualizaciones sustentadas en la memoria del Sanitarismo, el paradigma de la Complejifae, y la actualidae del Estado de Derecho/

El equipo inuervinentel en el diseño y ejecución de la política pública debesía tenes una excelente!a actualización en gstos tremas, así como conocimiento de las sistematizaciones!de experiencias emprendidas desee otros organismos,!a fin de qrever obstáculos y anticiparse a los inconvenientes que suscita el proceso de traosformación.

Por último, es fundamental establecer parámetros de seguimiento, mediante investigaciones evaluativas, que permitan ir regormulando!las acciones e iniciativas que no han eado los frutos esperados. Esto sequiere cootemplar un componente que piense el proceso de implementación de la nueva política pública como una investigación científica.

#### **4- EL AUXILIO ÉTICO DEL ENFOQUE DE DERECHOS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD COMUOITARIA CON ENFASIS EN LO MENTAL**

Todo proceso ee transformacióo institucional (y más aún a nivel de las políticas públicas) es objeto ee todo tipo de resistencias. Se juegan las consabidas resistencias de quienes temen al cambio de paradigma, bajo el miedo a perdes posiciones!instaladas y privilegios establecidos!desde antaño, con posturas donde suelen preponderar posturcs enraizadas con intereses sectoriales o particulares. También, es fe esperarse reacciones!fruto de temores por no poder adaptarse a mas nuevas exigenciqs del modelo que se impulsa desde la nueva política pública.

---

<sup>5</sup> Justicia basada en los Derechos Humanos.

Sin duda, no se trata de un camino cuyo recorrido sea lineal y tranquilo. En todo proceso de este tipo abundan problemas y circunstancias difíciles para el operador de las políticas públicas. No planteamos un enfoque ingenuo al respecto. Por ello, creemos pertinente brindar una herramienta de buen resultado en varias experiencias previas, de nuestro país y de otros de la región. Vamos a ella.!

Es fundamental encuadrar la política pública en sobre las bases de un eje insobornable. Consideramos que hacer vigente y plena la Constitución Nacional, sobre todo en lo que específicamente implica para las políticas públicas de Salud, encuentra un respaldo doctrinario y un sustento jurídico irrefutable. En todo caso, será debatible luego la forma tal o cual en que dicho marco doctrinario se pondrá en vigencia. Será esa –en todo caso- una discusión metodológica.

En nuestro país, entonces, es fácil de defender una política pública de derechos humanos en el ámbito de la salud comunitaria. Se nos aparece como una propuesta que, ajustada a derecho, nos permite tomar un tiempo extra (de espera y expectativa) en la implementación de la nueva política pública, por cuanto se trata de poner en práctica una nueva modalidad de trabajo, donde todos los sectores son requeridos, pero donde –además- todos los sectores deben modificar posiciones y formas de intervención.

Si se dan los pasos adecuados establecidos por los principios arriba señalados, el respaldo comunitario será progresivo, en la medida que la nueva política pública vaya dando sus frutos y se integre poco a poco en las organizaciones sociales locales. Esto requiere establecer un discurso claro y explícito donde se logre plantear el marco referencial de la Doctrina de los Derechos Humanos. Es de esperarse, que algunas personas reclamen el regreso al modelo anterior, ya perimido, en tanto ha sido el modo de vincularse con el Estado quizá durante toda su vida.

No sería extraño entonces que sea necesario complementar la puesta en marcha del plan de trabajo con talleres sobre los derechos humanos, haciendo énfasis en lo referido al derecho a la salud. Experiencias previas nos han enseñado que amplios sectores de la población desconocen pautas básicas al respecto, como en lo atinente a consentimiento informado, las prestaciones básicas que debe garantizar el estado, derecho a la defensa jurídica en ocasión de privación de derechos como la intimidad o la libertad de circular, etc. En realidad, toda intervención en salud no debiera suspender la ciudadanía plena del sujeto de intervención, pero esto deberá ser construido, pues no está instalado ni cultural, ni social, ni institucional, ni profesionalmente.

Una actividad permanente de formación ciudadana sobre derechos humanos parece imprescindible, no solamente con la población local, sino con los técnicos y profesionales, quienes tampoco suelen estar al tanto de la normativa internacional y nacional en el tema y, muchos menos, ser proclives a repensar sus prácticas a partir de estas, de modo de adecuar sus ejercicios profesionales para ponerlos en consonancia con los derechos inculcados por la Constitución Nacional.

A modo de ejemplo cabe situarnos con el instrumento fundacional de la Doctrina de los Derechos Humanos. Sería estratégico que los prestadores de cualquier servicio en Salud Comunitaria concibieran a la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, como:

- a) Acta fundante, del mayor grado de consenso alcanzado nunca acerca de una concepción del Hombre, sin privilegios ni discriminaciones de ningún orden (raza, color, sexo, idioma, religión, posición política, origen nacional ó social, posición económica, nacimiento ó diferencia de cualquier otra índole).
- b) Conquista de la Humanidad después de siglos de enormes sacrificios y luchas prolongadas de grupos, sectores y comunidades oprimidas y / o discriminadas, que alcanzaron con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, reivindicaciones de justicia y requerimientos de igualdad largamente anhelados, hecho particularmente evidente para las naciones consideradas no pertenecientes al mundo desarrollado.

Sin embargo, en numerosos ejercicios que hemos desarrollado en capacitaciones con personal de salud, el conocimiento de este documento es tan escaso, que bien podría caratularse como inaplicado en las prácticas concretas de estos técnicos. Y estamos hablando de un instrumento proclamado en 1948, que se ha incluido a nuestra Constitución Nacional de 1994, con una profusa difusión, etc. Imaginemos la situación con otros instrumentos, como los de Salud Mental y /o los de promoción de la Salud.

En conclusión, consideramos imprescindible para el desarrollo de la organización de los dispositivos de atención integral de la salud comunitaria, la tarea pedagógica general de difusión y reflexión en torno a los instrumentos de Derechos Humanos, como eje de las Políticas Públicas en el ámbito.

La capacidad de integración de las comunidades, de los grupos y las personas marginales y excluidas en una Política Pública de Salud participativa y salubrista, es sólo posible a través de formas adecuadas de intervención con enfoque de derechos, tendientes a la restauración de las redes solidarias originales. Esto requiere superar mediante alternativas integrales y desde la perspectiva de la complejidad, al asistencialismo (propio del llamado Estado de Bienestar) y al clientelismo político (propio de las manipulaciones partidistas en las desviaciones del Estado Democrático). Será facilitando la **Participación**, como podremos instaurar una cultura democratizante del acceso a la salud (principio de equidad), desde la promoción de procesos sociocomunitarios de organización y el desarrollo de espacios solidarios compartidos, base de la única democracia posible, para la plena y auténtica vigencia de los Derechos Humanos.

Ahora bien, esto supone el **reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los Derechos iguales e inalienables** de todos los miembros de la familia humana, mediante el rescate de la memoria histórica y la identidad cultural de sus comunidades y grupos de crianza como fundamento de la justicia y la equidad distributiva, que hacen insoslayable en la convocatoria para toda acción

emprendida en conjunto, el acuerdo pleno y total en cada uno de los fundamentos establecidos por nuestra Carta Magna.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Berman, Gregorio: (1965) *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina*. Buenos Aires. Paidós.

CELS: (2005) *Informe sobre la Salud Mental en Argentina*. Equipo de Salud Mental Informe CELS 1994. Ediciones del CELS.

de Lellis, Martín: (2006) *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires. Buenos Aires. Editorial Paidós.

de Lellis, Martín y Di Nella, Yago: (2008) *La perspectiva de Derechos Humanos en el campo de la Salud Mental*. Buenos Aires. En el Libro *Psicología Forense y Derechos Humanos (Vol. I)*. Editorial Koyatun.

de Lellis, Martín y Mozobancyk, Schelica: (2006) *Introducción al paradigma de la complejidad y sus implicancias en el campo de la Salud Pública*. Lecturas de Cátedra. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Di Nella, Yago: (2005) "Necesidad de incorporar y/o profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental". Ponencia en el *Encuentro Internacional de Salud Mental "Nuevos sufrimientos, nuevos tratamientos"*. 2-3 de diciembre de 2005. San Luis. Argentina. Ficha de Cátedra de Psicología Comunitaria, Facultad de Psicología, UNLP.

Goffman, Erving: (1971) *Estigma*. Amorrrtu. Buenos Aires.

Kraut, Alfredo: (2005) *Salud mental: tutela jurídica*. Buenos Aires. Editorial Rubinzal Culzoni.

-----: (1997) *Los derechos de los pacientes*. Buenos Aires. Editorial Abeledo Perrot.

Morin, Edgar: (1982) *Ciencia con consciencia*. Editorial Anthropos. Barcelona.

OMS: (2001) *Informe sobre la salud mental en el mundo*. Ginebra.

OPS (I. Levav Editor): (1992) *Temas en salud mental en la Comunidad*. Serie Paltex para ejecutores de salud Nro. 19. Organización Panamericana de la salud.

OPS: (2001) *El derecho Internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas*. Departamento de Asuntos Jurídicos de la OPS.

Pellegrini, Jorge Luis: (2005) *Cuando el manicomio ya no está...* Fundación Jerónima.

Rattagan, Mercedes: (2005) "Los derechos humanos y la Salud Mental". 4º congreso Internacional sobre salud mental y derechos humanos. Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo.

Saforcada, Enrique: (2000) *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Saforcada, Enrique y cols.: (2001) *El factor humano en el campo de la Salud Pública*. 2º edición. Proa XXI. Buenos Aires.

Sluzki, Carlos: (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. GEDISA Editorial.

## ANEXO NORMATIVO

**1- NN.UU. y Organismos Internacionales**<sup>6</sup>: Marco Normativo y Conceptual Internacional sobre los Derechos Humanos, Discapacidad y Salud Mental, en la materia es profuso aunque ciertamente muy poco conocido. Presentamos a continuación algunos instrumentos, sin la expectativa de dar un listado completo, sino de señalar algunos fundamentales para el diseño de una política pública en lo mental de la salud:

- ⊕ **Recomendación sobre la “Adaptación y readaptación Profesionales de los Inválidos”**. Organización Internacional del Trabajo. 22 de junio de 1955. Sesión de Conferencia General N° 38 OIT.
- ⊕ **Declaración de los Derechos de Retrasado Mental**. Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 2856 (XXVI) del 20 de diciembre de 1971.
- ⊕ **“Declaración de Alma-Ata”**, resultado de la Conferencia Internacional sobre **Atención Primaria de la Salud**. Organización Mundial de la Salud (OMS). 6 al 12 de septiembre de 1978.
- ⊕ **Programa de Acción Mundial para los impedidos**. Para el Año Internacional de los Impedidos (1981) –Aprobado 3/12/82 por Asamblea Gral. Resol. 37/52.
- ⊕ **Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud en la protección de personas presas y detenidas**. Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 37/194 del 18 de diciembre de 1982.
- ⊕ **Convenio sobre “Readaptación Profesional y Empleo de Personas Inválidas”**. Organización Internacional del Trabajo. 20 de junio de 1985. Sesión de Conferencia General N°69 OIT.
- ⊕ **Reunión Mundial de Expertos para examinar la marcha de la ejecución del Programa de Acción Mundial para los Impedidos**. 1987. Estocolmo.
- ⊕ **“Declaración de Caracas”**, resultado de la **Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud**. Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 14 de noviembre de 1990.

---

<sup>6</sup> Los documentos están ordenados cronológicamente, independientemente de su carácter jurídico como instrumento.

- ⊕ **Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 119. 46 Sesión. 1991.
- ⊕ **Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental.** Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. 1995.
- ⊕ **Inclusión plena y positiva de las personas con discapacidad.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 48/95 del 20 de diciembre de 1993.
- ⊕ **Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 48/95 del 20 de diciembre de 1993.
- ⊕ **Declaración de Montreal sobre la Inequidad en el acceso al derecho a la Salud.** IX Congreso de la Asociación Internacional de Economía de la Salud. 16 de junio de 1996.
- ⊕ **Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los Derechos Humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 53/144. del 09 de diciembre de 1998. 85º sesión.
- ⊕ **Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental** (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Santiago de Chile, 4 de abril de 2001, aprobado por la Comisión en su 111º Período de extraordinario de Sesiones).
- ⊕ **Nuevas Directrices para medir la Salud.** Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa OMS/48. 15 de noviembre de 2001.
- ⊕ **OMS (2001) Informe “Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas”.**

## 2. Instrumentos Internacionales de Carácter Constitucional <sup>7</sup>

- ⊕ **Declaración Universal de Derechos Humanos.** Asamblea General. 1948.
- ⊕ **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.** 9ª Conferencia Internacional Americana. 1948.
- ⊕ **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.** Asamblea General. 1966.

---

<sup>7</sup> Se han incluido, en tanto y en cuanto, si bien no son específicos del área de la Salud o la Salud Mental, delimitan una serie de derechos y garantías para con los sujetos de atención y de obligaciones para con el Estado, que permiten establecer parámetros y ponderaciones para la normativa interna.

- ⊕ **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** Asamblea General. 1966.
- ⊕ **Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.** Asamblea General. 1966.
- ⊕ **Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica).** Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos 1969.
- ⊕ **Convención contra la Tortura, otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.** Asamblea General. 1984.

### 3- NORMATIVA NACIONAL

- ⊕ Decreto – Ley 8204/63. Registro del Estado Civil y Capacidad de las personas. **(especialmente el Cap. 14: Inscripción de las Incapacidades).**
- ⊕ Decreto 6216/67. Régimen Legal del ejercicio de la Medicina y Actividades Auxiliares. **Decreto Reglamentario Nacional 6216/67. 24 de enero de 1967.**
- ⊕ **Decreto - Ley N° 22.431/81. “Protección Integral de las Personas con Discapacidad”.**
- ⊕ **Decreto - Ley N° 22.914/83. “Régimen Legal de la Internación en Establecimientos Asistenciales”.** 15 de septiembre de 1983.
- ⊕ **Resolución 1121/86. Establecimientos de Salud Mental y Atención Psiquiátrica** (Requisitos para su Habilitación y Funcionamiento). Resolución del Ministerio de Salud y Asistencia Social. 12 de Noviembre de 1986.
- ⊕ **Ley N° 24.660/96. “Ley de ejecución de la Pena Privativa de Libertad”.** 19 de junio de 1996. (Capítulos referidos a temas de salud mental: Cap. IX: Asistencia Médica. Cap. XV: Establecimientos de ejecución de la Pena. Anexo 1: Reglamentación del Cap. XI “Relaciones Familiares y Sociales”).
- ⊕ **Ley N° 24.901/97 “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad”.** Se crea por Decreto 762/97, Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. (Por Decreto 1193/98 Reglamentario de la Ley, crea la Estructura para la implementación del Sistema).
- ⊕ **Ley N° 25.421/01. Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental.** 4 de abril de 2001. (No está reglamentada. Tiene un claro Enfoque de derechos, con escasa precisión operatoria. Vetado el artículo sobre financiamiento).
- ⊕ **Ley N° 25.504/01. Sistema de Protección Integral de los discapacitados.** 14 de noviembre de 2001. (Modifica el Art. 3 de la Ley 22.431).

⊕ **Resolución 245/98. Plan Nacional de Salud Mental.** Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social. 20 de abril de 1998.

⊕ **Ley Nº 27.277. Ejercicio Profesional de la Psicología.** 27/09./1985. Reglamentada por Decreto Nº 905 del 11/12/1995.

⊕ **Código Civil de la Nación (art. que tratan aspectos o tópicos del tema):**

*Libro Primero: De las Personas (Sección Primera: de las personas en general)*

- Título X: *De los dementes e inhabilitados:* Artículos 140 a 152bis.
- Título XIII: *De la Curatela:* Artículos 468 a 490.
- Título XIV: *Del Ministerio Público de Menores:* Artículos 491 a 494.

*Libro Segundo: De los Derechos Personales en las Relaciones Civiles (Sección Segunda: de los hechos y actos jurídicos que producen la adquisición, modificación, transferencia o extinción de los derechos y obligaciones)*

- Título I: *De los hechos:* Artículos 896 a 903.
- Título II: *De los actos Jurídicos:* Artículo 944.

⊕ **Código Procesal Civil y Comercial de la Nación (art. que tratan aspectos o tópicos del tema):**

*Libro Cuarto: Procesos Especiales*

- Título II: *Procesos de declaración de Incapacidad y de Inhabilitación:* Artículos 624 a 637quinter.