



Maestría en
Salud Pública



CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS



UNR

“Derechos y Salud Mental”

TRABAJO FINAL

Seminario: Estado, derechos sociales y salud.

Docente: Levin, Silvia.

Maestranda: Cello, Victoria.

Cohorte 2020 / año 2021

Palabras claves: Estado - derecho a la salud - políticas públicas - Salud Mental

Mi propuesta para la realización del trabajo final de este seminario radica en poder responder algunas preguntas orientativas, que dan cuenta de lo que hace al marco teórico del enfoque de DD.HH, adhiriendo un ejemplo que abona al entendimiento de la aplicación de este enfoque en el campo social, sus atributos y las problemáticas que se ponen en juego. En este punto, me refiero a las personas con padecimiento subjetivo o psíquico que, desde la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 (2010/2013) dejaron de ser - al menos en la literatura jurídica - objeto de tutela para pasar a ser sujetos de derecho.

- **¿Qué se entiende por derecho a la salud y cuál es su contenido en los instrumentos internacionales de DDHH?**

El **derecho a la salud** es concebido por instrumentos internacionales tales como, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1988), la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965) y el preámbulo del Tratado constitutivo de la Organización Mundial de la Salud, Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979, Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros, como **“el disfrute del más alto nivel de salud física y mental”** (Drago M., 2006, p. 13). Definir de este modo al derecho a la salud, otorgándole carácter de “integral”, implica que éste debe estar en estrecha relación con otros derechos para poder concretar su cumplimiento, como el derecho a la alimentación, a la vivienda, a la dignidad humana o a la no discriminación.

Que el derecho a la salud figure entre estos instrumentos internacionales, supone que los Estados deben poner en funcionamiento bienes, servicios y condiciones necesarias que faciliten el más alto nivel de salud posible de la población.

El autor nos proporciona de manera muy esquemática cómo se figura el derecho a la salud en los distintos instrumentos internacionales, donde se lo define en relación a otros derechos, de manera integral y extensiva, no sólo referido a la salud individual sino también a la familiar. Adquiere este derecho un valor supremo en los mencionados tratados, donde se establece, por ejemplo, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto San José Costa Rica", Protocolo Adicional San Salvador 1988. Artículo 10, al Derecho a la Salud como un bien público (Llamativamente, este tratado no ha sido ratificado por Chile, siendo que este derecho alcanza el rango de “fundamental” en la Constitución de dicho país).

A su vez, el derecho a la salud rebasa el reduccionismo que supone el “estar sano”; éste implica libertades y (otros) derechos; libertad de poder elegir un sistema de protección de salud, el derecho a no ser sometido/a a tratamientos no consensuales o que escapen a fundamentos científicos sin principios éticos. Se define entonces al **derecho a la salud como inclusivo**, es decir, “que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a

condiciones sanitarias adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” (Observación general N°14, párrafo 11, en Drago M., 2006, p.15)

Por otro lado, el derecho a la salud impone obligaciones para los Estados que se comprometen con los tratados internacionales. Éstas se distinguen entre las que son:

- *de aplicación progresivas*: los Estados parte deben avanzar de manera concreta y constante, con eficacia y tenacidad, hacia la realización plena del derecho a la salud.
- obligaciones de *aplicación inmediata*: 1) que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación (para que sea ejercido como derecho y no como privilegio); 2) la obligación de adoptar medidas deliberadas y concretas. En este punto se incluyen medidas legislativas dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.

A su vez, se plantea que las medidas que adopten los Estados parte *no sean regresivas* en cuanto al ejercicio y goce del derecho a la salud.

Resulta interesante detenernos en analizar cómo la **Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 (2010/2013)** es una política formulada desde un enfoque de Derechos (Humanos); donde la *salud mental* refiere a “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley N° 26.657, , 2010/2013, Art. 3º, p. 12). Definir a la Salud Mental como un “proceso” y no como un “estado” implica ciertamente que se trata de una construcción social e histórica y no natural, y eso introduce una noción de dinamismo, de transformación, de movimiento, que va a contrapelo de la cristalización que supone el *estigma, la etiqueta de la locura*.

Respecto del modo de proceder para **preservar y/o mejorar la Salud Mental**, el documento nacional anteriormente nombrado introduce la noción de los **Derechos Humanos** y su efectiva concreción: derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo, derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria, a no ser discriminadx por un padecimiento mental actual o pasado, etc (pp. 15-18). Este documento al revestir carácter de Ley impone obligaciones de tratamiento para todos los Servicios de Salud del país, tanto de carácter público como privado.

Por otro lado, es válido reflexionar acerca de lo que proponen las políticas con enfoque de derechos respecto de *la pobreza*, donde no aparece definida como causa, sino como un efecto de la denegación o incumplimiento de los derechos humanos; y cómo esa premisa puede extrapolarse al concepto de **padecimiento mental**¹ (o la histórica llamada *locura*) el cual puede verse producido por una denegación o incumplimiento de aquellos derechos que son incondicionales, obligatorios, inviolables, imprescriptibles, intransferibles,

¹ “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes” (Decreto Reglamentario 603/2013, Art. 1º, p. 57)

integrales, y una larga lista de “in” que marcan el límite impuesto sobre ciertas prácticas y discursos que se empeñan en vulnerarlos, pero que no pueden impedir *la progresividad* de los mismos.

- **Los estándares de DDHH establecen las metas (resultados) que deben alcanzar los Estados, el problema es cómo lograrlo. El enfoque de DDHH plantea que las políticas que se propongan avanzar en la realización del derecho a la salud deben hacerlo pero ¿respetando qué aspectos?**

Digamos que el enfoque de DD.HH no pretende elaborar los contenidos de las políticas propiamente dichas, sino que imparte un marco referencial de conceptos para guiar el proceso de formulación, implementación y evaluación de aquellas políticas. En este sentido, se define que en esas políticas 1) sean las personas las que estén en el centro; 2) entendiendo que la pobreza no funciona como una causa estructural sino como un efecto de la denegación o incumplimiento de los DD.HH; 3) se pretende el empoderamiento de las personas, es decir, apelar al ejercicio de ciudadanía, a que sean ellas mismas quienes se sepan sujetos de derechos y obliguen a los distintos aparatos del Estado a que respondan por sus responsabilidades asumidas; 4) el reconocimiento explícito del marco normativo de los derechos humanos; 5) cumplir con las obligaciones que emanan del DIDH; 6) establecer mecanismos de rendición de cuentas, a fin de que esas políticas enfocadas en derechos sean accesibles, transparentes y eficaces; 7) respetar el principio de no discriminación e igualdad; 8) la participación política en la conducción de los asuntos públicos y el acceso a la justicia; 9) la realización progresiva, es decir, que no se cumpla un piso mínimo de derechos sino que se apunte a la realización plena de los mismos debiéndose cumplir en un período de tiempo de forma gradual; 10) dando lugar al principio de no regresión, es decir, las categorías de derechos no se sustituyen unas por otras y no deben perder terreno la conquista de los mismos.

El objetivo último es que las políticas no sólo produzcan mejoras en las condiciones de vida de las personas en materia de derechos económicos y sociales, sino que, contribuyan en sí mismas a la realización de los ejes fundamentales de los derechos humanos.

Como destaca Abramovich (2006) “las obligaciones que imponen los tratados de DD.HH no son exorbitantes, ni le restan espacio a las políticas, sino que refieren tan sólo a aquellas acciones mínimas que el Estado tiene el deber de realizar” (p.308) Como decíamos más arriba, el Estado debe tomar posición respecto de la formulación, implementación, evaluación de políticas (a través de medidas positivas) y mantener una actitud abstinerente necesaria para permitir el pleno ejercicio que las mismas contengan (medidas negativas).

De este modo el derecho a la salud impone obligaciones a los Estados parte a fin de garantizarlo como tal; las dos primeras obligaciones (de respetar y proteger) son *inmediatas* para el Estado, mientras que las dos últimas (las de promover y garantizar) implican una obtención *progresiva* mediante el establecimiento de prioridades públicas:

- *Obligación de respetar*: exige que los Estados parte se abstengan de interferir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. Debe abstenerse de realizar o tolerar cualquier acto de un agente suyo que constituya una violación del derecho. Supone que el Estado no imponga prácticas discriminatorias como política de Estado, en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. De prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas, aplicar tratamientos médicos coercitivos,

comercializar medicamentos peligrosos. De limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de manutención de la salud sexual. De censurar u ocultar información sobre la salud, incluso la sexual. De contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra. (Drago, 2006, p.16)

- *Obligación de proteger:* Requiere que los Estados parte adopten medidas para impedir que terceros (como el sector privado, por ejemplo) interfieran en la aplicación de las garantías del derecho a la salud. Esta obligación incluye:
 - Adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igualitario a la atención a la salud y los servicios relacionados.
 - Velar porque la privatización de la salud no amenace la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud.
 - Controlar la comercialización de los medicamentos y asegurar que los facultativos reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia.
 - Que las prácticas sociales nocivas no afecten al acceso a la atención antes y después del parto ni a la planificación familiar.
 - Impedir que terceros induzcan a la mujer a prácticas tradicionales que puedan afectarles, por ejemplo, los órganos reproductivos.
 - Adoptar medidas para proteger a los grupos marginales y vulnerables de la sociedad.
- *Obligación de cumplir/garantizar:* El Estado debe facilitar, proporcionar y promover medidas (positivas) legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, etc. para dar plena efectividad al derecho a la salud de los particulares y de las comunidades. Para ello, debe emprender actividades como
 - Fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud.
 - Velar que los servicios de salud sean apropiados.
 - Velar porque el Estado cumpla sus funciones de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación.
 - Apoyar a las personas a adoptar decisiones por lo que respecta a su salud.
- *Obligación de promover:* Deber de facilitar y promover los medios y condiciones para que los titulares de derechos puedan hacer efectivo su goce y ejercicio.

Planteado lo anterior, podemos convenir que **a mayor grado de derechos efectivizados mayor grado de Salud Mental**; indudablemente las desigualdades estructurales se presentan como un determinante social² de Salud - Mental, donde no quedan sin efecto el contexto socio - histórico, los recursos económicos, el poder dentro del tejido social, el lugar de residencia en que cada persona vive, se desarrolla y muere; pero a su vez, el acceso a seguridad social (obras sociales, prepagas), el acceso al Sistema de Salud y la atención que se establezca al interior de tal también funcionan como determinantes sociales de Salud – Mental. Existen determinantes que condicionan la realidad de esta población con padecimiento mental en los que se puede intervenir con mayor o menor grado, siendo la calidad de la atención que brindamos en los diferentes

² “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2005)

Servicios de Salud³ nuestro mayor campo de acción, a través de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 como política con enfoque de derechos.

Herrmann (2019) plantea que las *políticas de salud*, como parte de las políticas sociales, tienen gran influencia en los servicios de salud, de tal modo que más restrictivas sean estas primeras mayor será el impacto negativo en estos segundos; y a la inversa, más inclusivas y generosas son las políticas en salud más amplio es el campo de posibilidades de los servicios. No obstante, la determinación de unas sobre otras no es mecánica; existe la posibilidad que en contextos de ajuste en materia de políticas sociales los servicios de salud puedan organizar su trabajo a fin de garantizar el derecho a la salud, disminuyendo barreras de acceso y produciendo cuidados. Es así que **las políticas de salud son fundamentales para que existan transformaciones en la vida cotidiana de las personas**, pero deben ser acompañadas del trabajo diario dentro de los servicios de salud para poder efectivizar la disminución de la brecha de desigualdades en el proceso de salud-enfermedad- atención-cuidado.

- **La participación social especialmente de los sectores vulnerables y desfavorecidos es un DDHH que se propone generar conciencia crítica, compartir poder y tomar decisiones. Señale si en los servicios de salud se cumple o no con este principio según su experiencia, vivencia o conocimiento. Descríbala y si no se cumple mencione cuáles son las barreras más comunes a la participación social sean generadas por los prestadores de servicios o por la comunidad.**

Actualmente, me encuentro desarrollando mi práctica profesional en el campo de la Salud Mental como psicóloga en consultorio clínico particular y realizando Acompañamientos Terapéuticos con un equipo interdisciplinario conformado por otros psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, etc. El proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado abordado en este último espacio de práctica es la población que presenta un padecimiento subjetivo crítico y que se encuentra cursando un tratamiento ambulatorio en su hogar supone, como objetivo principal, el acompañar al usuario en la búsqueda y ganancia de *autonomía*. Puntualizando mi función laboral dentro de este tipo de tratamiento, ésta consiste en el acompañamiento cotidiano de dicha población orientado a la reconstrucción del lazo social (modos de filiación con los otros, a través del afecto y/o del trabajo) que se encuentra distendido por diversos motivos y que implican la reinserción en la comunidad del usuario, generalmente, luego de una internación.

La práctica del Acompañamiento terapéutico aparece mencionada en las normativas provinciales⁴ y nacionales en materia de Salud Mental como un recurso terapéutico ligado a la sustitución de las instituciones neuropsiquiátricas, monovalentes, y a superar la lógica manicomial con la que se aborda al padecimiento mental; cuya erradicación fue la meta que

³ “(...) en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados”. (Decreto Reglamentario 603/2013, Art. 4º, p. 59)

⁴ Anexo único: Reglamento de la Ley N° 10.772 (2007), Art. 18, p. 8

se dispuso en el Consenso de Panamá adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Organización Mundial de la Salud (OMS) “20 años después de la Declaración de Caracas (1990)” en la CIUDAD DE PANAMÁ el 8 de octubre de 2010, para el año 2020. Existen, además, varias normativas de carácter internacional que forman parte del cuerpo de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 que regula el funcionamiento de los Servicios de Salud de todo el país y que se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas⁵: los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, instrumento internacional de máximo consenso en la materia; los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, de noviembre del 2005. En estos documentos se apunta principalmente a la superación del modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico y al reemplazo por alternativas comunitarias que velen por los Derechos Humanos y la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

Los dispositivos sustitutos en general, cobran relevancia en nuestro país en el marco de la LNSMyA (2010/2013), que se desprende de las normativas internacionales anteriormente nombradas, donde se hace particular hincapié en las estrategias con base en la comunidad (principio de la APS) planteándose la disinstitutionalización del manicomio. Tal documento concentra en sí las luchas de los movimientos desmanicomializantes por lograr un cambio paradigmático respecto de la concepción y abordaje de la Salud Mental; introduce la particularidad de entender a la salud mental como un derecho (humano), puntualizando el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento mental. A lo largo de la historia en diferentes países de Europa (Italia, Francia, Inglaterra) existieron movimientos contrahegemónicos que al decir de Bourdieu (2009) utilizaron estrategias de subversión, planteando modalidades de abordaje alternativas al manicomio: las denominadas comunidades terapéuticas, el movimiento de la Antipsiquiatría encabezado por Basaglia. Tales movimientos desmanicomializantes dados en Europa, y en buena parte de Latinoamérica, tuvieron gran influencia en nuestro país dando lugar a experiencias análogas (Río Negro, Moreno, Santa Fe) y permitiendo sentar las bases para constituir lo que es hoy la LNSMyA.

He aquí donde radica el cambio de paradigma: las personas con padecimiento mental ya no están bajo la tutela de la medicina psiquiátrica sino que se constituyen como sujetos de derecho. A lo largo de la ley aparecen distintas categorías que dan cuenta de los límites institucionales impuestos a los profesionales por sobre los usuarios de salud, donde se entiende a las internaciones como el último recurso terapéutico a implementar, y que en tal caso debe serlo de manera breve, siendo necesario para tener lugar el consentimiento informado o fehaciente del paciente, que implica recibir información clara y precisa acerca del tratamiento que fuera a recibir. A su vez, explicita que la internación no es sinónimo de aislamiento, sino que precisa del contacto y el acompañamiento familiar o de quien el/la usuario indicase.

Resulta menester entender la importancia del paradigma actual en donde la Salud Mental aparece como un derecho, ya que esto no fue valedero para todos los tiempos. La creación de los manicomios y la construcción del sentido social que regía sobre el hoy llamado “padecimiento mental” que justifica su aparición, presenta una lógica subyacente,

⁵ Idem., Art. 2º, p.11

que es trabajada por autores como Foucault, M. en “El poder psiquiátrico” (1974), “Vigilar y castigar” (1975), entre otras obras, que se puede simplificar en una ecuación: locura = peligrosidad = encierro. Es sobre este estigma construido socialmente sobre donde se intenta operar para poder contribuir a la restitución de la capacidad cívica y el ejercicio pleno de los derechos (entre ellos el derecho a la salud integral) de las personas con padecimiento mental, que han sido históricamente vulneradas.

Con el relato de mi propio espacio de práctica no quiero decir que no existan barreras en el propio sistema de salud; sino que, es posible, desde lo micro construir diferentes modos de tratamiento y acompañamiento del padecimiento desde un enfoque de derechos (humanos). Crear dispositivos que permitan que la palabra circule y sea tomada por aquellxs que permanecieron silenciadxs por el propio poder retenido en lxs profesionales de salud (sobre todo el poder médico-hegemónico), contribuye al ejercicio de la ciudadanía de aquellas personas que sufrieron y sufren el padecimiento mental.

Es imprescindible que como trabajadores de la salud - mental repensemos nuestra práctica y no representemos nosotrxs mismxs las barreras para la participación social de estas personas en particular; acompañar, escuchar y hacer hablar es una manera de considerar a lxs otrxs como sujetos de derechos, con derecho a expresarse y a ser oídos. .

Como nos dicen Abramovich V., y Pautassi, L(2006)

“ **El enfoque de derechos considera que el primer paso para otorgar poder a los **sectores excluidos** es reconocer que son titulares de derechos que obligan al Estado.** Al introducir este concepto se procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas, para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas. Las acciones que se emprendan en este campo no son consideradas solamente como el cumplimiento de mandatos morales o políticos, sino como la **vía escogida para dar cumplimiento a las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de derechos humanos.** Los derechos demandan obligaciones y las obligaciones requieren **mecanismos de exigibilidad y cumplimiento.** (p. 305)

Referencias bibliográficas

- Abramovich, V., Pautassi, L. (2006) *La revisión judicial de las políticas sociales*. Cap: *El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales*. Editores del Puerto. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (2009) *Algunas propiedades de los campos*. Ed. Grijalbo, México.
- Drago, M. (2006) *La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Herrmann, J. (2019), *Determinantes, desigualdades sociales de la salud, accesibilidad*. Rosario.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (2010/2013) *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Poder Ejecutivo Provincial (2007), *Anexo único: Reglamento de la Ley N° 10.772*. Santa Fe.
- Poder Ejecutivo Nacional (2013), *Decreto Reglamentario 603/2013. Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657*, Argentina.