



Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos¹

Roxana Amendolaro

Lic. en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Resumen

En el presente trabajo se propone revisar el concepto de “cronicidad” en salud mental desde la perspectiva de Derechos Humanos, incorporando una mirada centrada en los procesos psicosociales que conducen a los llamados estados de cronicidad.

Para ello se toman en consideración la investigación que dio lugar al informe CELS-MDRI “*Vidas arrastradas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental*” y el documento CELS “*Contenidos Mínimos necesarios desde una perspectiva de Derechos Humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia*”.

Asimismo, se retoma la noción de estado de lucidez y la posibilidad de otorgar el consentimiento informado para toda intervención en salud mental, tal como lo establece la Ley Nacional de Salud Mental en sus artículos 10° y 16°. En este sentido, se vincula esta noción de estado de lucidez con los derechos: a la información

y la comunicación de las propias decisiones; a recibir atención integral de la salud mental; a la integración en la comunidad; a la garantía del debido proceso y a contar con asistencia jurídica gratuita en los procesos de internaciones psiquiátricas involuntarias y de cuestionamiento de la capacidad legal tomando para este último, como ejemplo, la experiencia de la “Unidad de Letrados Art. 22 Ley 26.657” de la Defensoría General de la Nación, creada en agosto de 2011.

Palabras clave

Cronicidad - Derechos Humanos - Lucidez - Consentimiento Informado - Capacidad Jurídica.

Abstract

This paper intends to review the concept of “chronic” mental health from the perspective of human rights, incorporating a look-focused psychosocial processes leading to chronicity called states.

This will take account of the investigation leading to CELS-MDRI report “*Ruined Lives: Segregation from Society in Argentina’s Psychiatric Asylums. A report on Mental Health and Human Rights*” and the document CELS “*Minimum content required from a human rights perspective to advance the development of a National Mental Health Act and other regulations related to access to justice*”.

It takes up the notion of state of alertness and the ability to give informed consent for any intervention in mental health as established National Mental Health Act in articles 10° and 16°. In this sense, this notion is linked lucid state with rights: information and communication of their own decisions, to receive comprehensive care mental health integration into the community, to the guarantee of due process and have legal aid in the process of involuntary psychiatric hospitalizations and questioning the legal capacity to take the latter, for example, the experience of “Lawyers Unit Art. 22 Law 26.657” of the Public Defender’s Office, created in August 2011.

Keywords

Chronicity - Human Rights - Lucid - Informed Consent - Legal Capacity.

1. Algunas aproximaciones al concepto de cronicidad

El concepto de cronicidad ha sido concebido en diferentes ámbitos como un elemento constitutivo de determinados diagnósticos en salud mental, como por ejemplo la esquizofrenia. Cronicidad en este campo involucra un progresivo deterioro subjetivo de la persona o la existencia de síntomas residuales que condicionarán su vida. En general, crónico se suele contraponer a agudo y se lo asocia frecuentemente a la imposibilidad de curación.

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, cuarta edición (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV*) de la Asociación Americana de Psiquiatría (1994) (2), se consideran enfermos crónicos aquellas personas que padecen:

- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos;
- Incapacidades de larga duración;
- Necesidad de dependencia externa;
- Alta sensibilidad al estrés;
- Dificultades para afrontar las necesidades de la vida diaria.

Asimismo, una definición operativa del llamado “enfermo mental crónico” de acuerdo a pautas establecidas por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), podría ser: “son aquellas personas que sufren

ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades, y que además dificultan el desarrollo y mantenimiento de su autosuficiencia económica” (3).

Definiciones como la mencionada han contribuido a estigmatizar a las personas con padecimiento mental (4) como peligrosos o incapaces. Durante los últimos tres siglos han sido invisibles y marginadas de la garantía de ejercicio de sus derechos fundamentales en muchas sociedades. La diferencia que supone la discapacidad mental ha sido percibida como motivo de segregación y naturalización de la exclusión concomitante. Aunque se vienen produciendo en Argentina importantes transformaciones sociales, el paradigma todavía hegemónico se basa en la concepción de las personas con padecimiento mental como objetos de tutela y protección que entonces, por su propio bien y el de la sociedad, deberían ser “sustituidos” en la toma de las decisiones que afectan su vida, restringiendo así su capacidad de ejercer derechos.

Ahora bien, ¿cómo podemos sostener la existencia de la cronicidad en salud mental, en apariencia inherente a diagnósticos como los mencionados, si nos encontramos con un estado de cosas que evidencia la convivencia del diagnóstico con representaciones sociales estigmatizantes que suelen asociar diagnóstico en salud mental con déficit o peligrosidad y con situaciones de vulneración sistemática de los derechos fundamentales de las personas de las que se trata? ¿Es el diagnóstico el que contendría en sí como resultado necesario la cronicidad? ¿Podemos analizar la cronicidad sin tomar en consideración las condiciones de vida de la persona? ¿Y las visiones predominantes entre los técnicos y la comunidad de la que forma parte?

2. Estado de situación en Argentina

Las personas usuarias de servicios de salud mental han sido históricamente invisibilizadas y marginadas del ejercicio de sus derechos.

El modelo de atención en salud mental aún vigente ha llevado a que hayan sido y, en muchos ámbitos, aún sean:

- Obligadas a someterse a procesos de internación sin tomar en cuenta su voluntad;
- Concebidas como objetos de tutela y protección negando su capacidad para tomar decisiones e insertarse en la comunidad;
- Hospitalizadas durante largos períodos en grandes centros de internación donde sufren la ruptura de sus lazos sociales;
- Medicadas innecesariamente o en forma excesiva;
- Socialmente estigmatizadas y por esto restringidas en sus derechos fundamentales, como por ejemplo trabajar, estudiar, casarse, votar, tener hijos.

La lógica del modelo que, también afecta a familiares y agentes de salud, conduce a destinar gran parte de los recursos en salud mental a una hospitalización que excluye a las personas de su entorno y favorece, paradójicamente, la cronicidad, el deterioro, la discapacidad y la segregación social.

Cabe subrayar que, desde hace varios años en Argentina, se viene impulsando desde el Estado y distintas organizaciones de la sociedad civil un proceso de reforma del sistema de salud mental (5). Se han dado pasos muy importantes, pero la implementación de cambios es paulatina, requiere tiempo y esfuerzo ya que se debe modificar un escenario por demás complejo.

En septiembre de 2007 se estimaba que en nuestro país aún existían alrededor de 25.000 personas en centros de internación en salud mental (66 % en el sistema público y 33 % en el privado). En promedio, más de un 80 % de estas personas permanecía internada durante más de un año y otras lo habían estado de por vida.

Aproximadamente el 70 % de estas personas continúa institucionalizada en hospitales psiquiátricos por haber perdido sus lazos sociales, encontrarse en situación de pobreza, desamparo social y familiar, y por la aún insuficiente existencia de dispositivos comunitarios que garantice su atención.

Asimismo, en las instituciones psiquiátricas argentinas se pudieron constatar graves hechos de abuso y negligencia: muertes no investigadas, privación sensorial mediante aislamiento y actos de violencia física y sexual. Se ha hecho evidente, además, una importante falta de recursos, el mal estado de las instituciones y la insuficiencia de mecanismos de supervisión pública.

Durante la investigación que dio lugar al informe *“Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental”*, se pudo constatar en cada una de las visitas realizadas durante los tres años que demandó la investigación (2004-2007) que la situación de las personas internadas obedecía más a la ausencia de tratamiento y abandono institucional y social que al diagnóstico en salud mental que había motivado la internación. En la mayoría de los casos este hecho se remontaba a muchos años atrás en la vida de esas personas.

“Las personas institucionalizadas no reciben ni la asistencia ni la atención que precisan para poder desarrollar las habilidades personales necesarias que les permitan volverse independientes y regresar a la comunidad. Al carecer de tal apoyo, las personas pierden los lazos con sus comunidades y, con el tiempo, se vuelven más dependientes de las instituciones. Como resultado, la institucionalización custodial disminuye la autonomía personal, contribuye a la cronificación de las enfermedades e incrementa las discapacidades, haciendo más difícil que estos

individuos se puedan reintegrar a la comunidad” (MDRI y CELS, 2008: 86).

En una de las visitas realizadas al Hospital Moyano de la ciudad de Buenos Aires durante el año 2006, frente a la inminencia de posibles traslados a centros de internación privados, una mujer internada mencionó que quería quedarse en el hospital. Una primera lectura ante dicha respuesta pudiera ser que debería respetarse la voluntad de esta persona: su decisión de permanecer internada. Sin embargo, si se revisa esa primera lectura tal vez puede intuirse la tensión que ella misma encierra. Retomando los indicadores de estado de situación sobre el sistema de salud mental en Argentina arriba mencionados, cabe preguntarse: ¿qué alternativas genuinas de tratamiento e inserción social se le estaban ofreciendo a esta mujer y a otras tantas? ¿Se le estaba diciendo que existían oportunidades reales para que viviera en una casa en la comunidad, que podría retomar su trabajo, que se vincularía nuevamente con su familia? No. No se le estaba ofreciendo nada de eso. ¿Cómo puede afirmarse entonces que se trataba de una decisión si no podemos enumerar más opciones que la de permanecer internada? ¿Cómo puede afirmarse que se trataba de una decisión si desde hace años y años gran parte de los derechos fundamentales de esta mujer habían sido sistemáticamente vulnerados?

3. Documento CELS

Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de Derechos Humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia (6)

Este documento, de agosto de 2009, tuvo como objetivos colaborar en el proceso político-social que condujo finalmente a la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental en diciembre de 2010, y establecer los contenidos mínimos que, desde una perspectiva de Derechos Humanos, debían tomarse en consideración para garantizar el derecho a la salud y el acceso a la justicia de las personas usuarias de servicios de salud mental.

“No hay salud mental sin concreción de los Derechos Humanos” fue el horizonte ético que en todo momento guió a quienes redactaron el documento destinado a promover que la garantía de atención en salud mental es un aspecto fundamental del ejercicio de los derechos humanos de todas las personas.

Desde esta perspectiva se plantea que para garantizar el acceso a la salud y el reconocimiento de las personas usuarias de servicios de salud mental como sujetos de derecho es fundamental:

1. Asegurar el derecho a recibir atención gratuita, rehabilitación e integración social. En este sentido, el Estado debe garantizar atención integral en las comunidades. Asimismo, deben proveerse intervenciones de salud mental a través de la atención primaria, en un entorno favorable para el bienestar, la autoestima, la dignidad, la intimidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad;
2. Promover la integración social, familiar, laboral y comunitaria. De parte del Estado deben proveerse dispositivos de atención de la salud mental basados en la comunidad, que promuevan la integración y fomenten la creación de vínculos y grupos de personas usuarias y ex-usuarias;
3. Garantizar el derecho a que toda prestación en salud sea provista luego de que la persona usuaria otorgue el consentimiento libre e informado. Consentimiento obtenido libremente, sin amenazas, ni persuasión indebida, después de proporcionar a la persona información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje accesibles, en relación con el diagnóstico y su evaluación; el propósito, método, duración probable y beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto; las demás modalidades posibles de tratamiento –incluidas las menos alteradoras de la integridad de la persona–; los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto;
4. Establecer el derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas, ni de tratamientos experimentales o psicoquirúrgicos, u otros tratamientos irreversibles o que afecten o modifiquen la integridad de la persona. Los tratamientos médicos de carácter alterador e irreversible pueden constituir tortura y malos tratos si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado de la persona. Se debe prohibir expresamente la esterilización, así como prohibir o regular estrictamente el uso de terapia electroconvulsiva y de celdas de aislamiento;
5. Fijar garantías de debido proceso y el derecho a contar con asistencia jurídica gratuita en los procesos de internaciones psiquiátricas involuntarias y de cuestionamiento de la capacidad legal;
6. Incentivar la excepcionalidad de la internación psiquiátrica involuntaria y el derecho a su revisión judicial desde su comienzo y en plazos razonables mientras se prolongue la medida. Se debe prever que la internación psiquiátrica involuntaria solo podrá ser utilizada cuando no sean posibles los abordajes comunitarios, y como medida terapéutica excepcional. Además, debe ser lo más breve posible, y únicamente debe tener lugar en el caso de que exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros, y que se trate del único medio disponible para impedir daño físico a la persona;
7. Impulsar la implementación de un Órgano de Revisión de la atención de la salud mental y el respeto de los derechos humanos de las personas usuarias. Tal Órgano de Revisión, de carácter independiente, interdisciplinario e intersectorial, deberá fijarse como objeto proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, en especial de las personas internadas, y de todas aquellas sometidas a procesos judiciales iniciados por cuestiones de salud mental;
8. Promover una política de sensibilización, concientización y lucha contra los estereotipos y prejuicios respecto de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Como parte de un Plan Nacional de Salud Mental, el Estado deberá implementar una campaña nacional educativa para combatir el estigma y la discriminación contra las personas usuarias de los servicios de salud mental, incluyendo la capacitación de profesionales de la salud, académicos y otros trabajadores que atienden a las personas usuarias, tendientes a generar conciencia en la comunidad en temas de derechos humanos y discapacidad psicosocial.

Como se afirmó más arriba, una de las conclusiones fundamentales del Informe “Vidas arrasadas...” fue que aproximadamente el 70 % de las personas permanecía internada sin que existiera motivo alguno de salud mental que justificara tal internación. La situación de deterioro subjetivo que podía observarse en las personas internadas, poco o nada tenía que ver con los diagnósticos psicopatológicos que se enseñaban en la facultad. Fundamentalmente tenían que ver con la ausencia de tratamiento, el abandono, la pobreza y el olvido en el que estas personas se encontraban.

En el año 2007 el tiempo promedio de internación en la ciudad de Buenos Aires era de 10 años. A la pregunta sobre cuál consideraban que era el tiempo promedio de internación para brindar la asistencia necesaria a una persona en el momento agudo de una crisis por motivos de salud mental, los trabajadores del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) (7) respondieron: “15 días”. Pasado el momento agudo, con los dispositivos comunitarios y apoyos necesarios, esa misma persona puede seguir llevando adelante su vida, como las demás.

4. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y cómo construir condiciones de lucidez conforme a *debido proceso*

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en diciembre de 2010 marcó un hito en el camino de desandar el paradigma, todavía hegemónico en Argenti-

na, que se basa en la concepción de que las personas usuarias de los servicios de salud mental son objetos de tutela y protección, y que deben ser sustituidos en la toma de sus decisiones. Asimismo, reconoce el derecho de todas las personas a acceder a la atención integral en salud mental de acuerdo a sus necesidades, en un marco de igualdad y no discriminación.

Este cambio de paradigma, de objeto de tutela a sujeto de derecho, es consecuente con la ampliación de derechos civiles para numerosos grupos sociales, entre los que podemos mencionar a niños, niñas y adolescentes, mujeres, personas que integran colectivos por la diversidad sexual, migrantes, adultos mayores, entre otros.

Aunque el reconocimiento de la condición de sujetos de derecho para estos grupos sociales tiene respaldo en la normativa internacional de Derechos Humanos y, desde la reforma constitucional de 1994, dicha normativa tiene jerarquía constitucional en nuestro país, este proceso de ampliación de los derechos civiles se ha ido consolidando en los últimos años.

También hubo avances fundamentales en la ampliación de derechos para las personas con discapacidad. La aprobación de la Ley Nacional de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en mayo del 2008 ha sido uno de los más importantes. La sanción de esta ley constituyó un paso adelante para promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a todas las personas con discapacidad.

La Convención establece que en lugar de privar a la persona usuaria de los servicios de salud mental de su capacidad legal e instalar un tutor o curador para que cuide sus intereses, *deben crearse condiciones que ayuden a la persona a obrar con impulsos propios*. Es decir, generar políticas públicas y normativas que promuevan la dignidad inherente a la toma de las propias decisiones con los riesgos que ello pueda involucrar, y la posibilidad de andar por el mundo con todos sus peligros y posibilidades.

En este sentido, el artículo 3° de la Ley de Salud Mental *“reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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”*. Asimismo, establece que *“se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”*.

Más adelante, en el artículo 7° se detalla toda una serie de derechos que el Estado debe reconocer ineludiblemente a las personas usuarias de salud mental, como el derecho a recibir atención sanitaria, social integral y humanizada; el derecho a conocer y preservar

su identidad; el derecho a no ser identificado, ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado, entre otros.

Seguidamente, en el artículo 10°, se determina que *“por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley”*.

Finalmente, en el artículo 16°, se establece que toda disposición de internación debe contar, dentro de las primeras 48 horas, con el requisito del *“consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda”*. En el mismo texto se aclara que *“sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación”*.

Retomando la pregunta inicial sobre el concepto de *“cronicidad”* en salud mental desde la perspectiva de Derechos Humanos y la consideración de los procesos psicosociales en el diagnóstico, se debe señalar la propuesta de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que enfatiza la necesidad de *crear condiciones que ayuden a la persona a obrar con impulsos propios*.

Con estas referencias ¿podríamos entonces animarnos a conceptualizar la llamada lucidez para la toma de decisiones como el **resultado de un proceso** y no solamente como un estado de orientación temporal y/o espacial? Como un proceso anclado en el acceso efectivo al ejercicio de los derechos fundamentales y en el acceso a la información necesaria y accesible para poder tomar reales decisiones informadas. Y entonces **¿podríamos hablar de la construcción de lucidez para la toma de decisiones conforme al debido proceso** (8)? ¿Y de la disminución de la llamada cronicidad o retroceso en el deterioro subjetivo cuando se generan condiciones para que la persona pueda obrar con impulsos propios?

5. El Derecho a la Información y a la Comunicación como garantía de igualdad y no discriminación en el acceso al ejercicio de derechos fundamentales

El derecho a la información y a la comunicación constituyen derechos humanos fundamentales. Toda persona tiene el derecho a buscar, recibir y difundir información, opiniones y decisiones libremente en los términos que estipula el artículo 13° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Todas las personas deben contar con igualdad de oportunidades para recibir, buscar e impartir información por cualquier medio de comunicación sin discriminación.

La posibilidad de investigar, recibir, producir y difundir información contribuye de manera vital al de-

sarrollo de la vida en democracia. La **Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual** reconoce el derecho universal a la información, considerada como bien público. También concibe de este modo a los servicios que la brindan y difunden.

Asimismo, en tanto que Derecho Humano, el Derecho a la Comunicación está previsto en el **Artículo 19° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos**, en el que la Asamblea General proclama que: “*Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión*”.

Por otro lado, el **artículo 21° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)**, referido a garantizar la libertad de expresión y de opinión y acceso a la información, establece que los Estados Partes deben adoptar todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2° de la presente Convención, entre ellas: a) Facilitar a las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formato accesible y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad; b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales; c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso; d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad; e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.

Paralelamente, el **Informe del Relator Especial de ONU sobre el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental** (2009) examina el papel fundamental que desempeña el consentimiento informado con respeto a la protección y el ejercicio del derecho a la salud. Asimismo menciona los desequilibrios de poder que comprometen la posibilidad de ejercicio de derechos de determinadas personas. Sobre la base del reconocimiento del consentimiento informado como ejercicio efectivo de la capacidad jurídica el Relator subraya la necesidad de integridad de

la información y el valor de la comunicación efectiva para disminuir la *brecha* que se genera en la relación profesional-consultante por desigual nivel de conocimientos, desequilibrios de poder y confianza.

Finalmente, el **artículo 66° de la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual**, respecto a la accesibilidad, establece que “*las emisiones de televisión abierta, la señal local de producción propia en los sistemas por suscripción y los programas informativos, educativos, culturales y de interés general de producción nacional, deben incorporar medios de comunicación visual adicional en el que se utilice subtítulo oculto (closed caption), lenguaje de señas y audio descripción, para la recepción por personas con discapacidades sensoriales, adultos mayores y otras personas que puedan tener dificultades para acceder a los contenidos. La reglamentación determinará las condiciones progresivas de su implementación*”

Coincidimos con Washington Uranga, sobre que no es posible construir y garantizar la existencia de una ciudadanía activa, emancipada de sus necesidades materiales y con acceso fehaciente a sus derechos civiles y políticos sin la creación de espacios de concertación sustentados en la garantía del derecho a la información, la comunicación y la participación real y efectiva de todos los actores sociales involucrados.

Aunque pueda parecer redundante conviene subrayar que para garantizar el derecho a la comunicación de las propias opiniones, opciones o decisiones, debe garantizarse, asimismo, el derecho a la información previa necesaria para construir tales opiniones, opciones o decisiones. Ninguna está en el inicio ni constituye una esencia inherente, sino que son el resultado de un complejo proceso en cual el Estado tiene un indelegable rol de garante. Fundamentalmente en aquellos casos en los que nos encontramos frente a grupos en especial situación de vulnerabilidad social como las personas privadas de libertad, migrantes, usuarios de servicios de salud mental, con discapacidad, por solo mencionar algunos de los grupos posibles.

6. La Unidad de Defensa del Art. 22° de la Ley Nacional de Salud Mental de la Defensoría General de la Nación⁹

La *Unidad de Letrados art. 22° Ley 26.657*, dependiente del Área Técnica de la Defensoría General de la Nación (DGN), fue creada en agosto de 2011 mediante las Resoluciones DGN N° 558/2011 y N° 841/2011.

Dando cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 y a los “Principios de Salud Mental de la ONU” (A.G. Resolución 46/119, 1991), esta unidad brinda un abogado defensor gratuito a las personas que son internadas de manera involuntaria en

centros de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Con la creación de la Unidad se apuntó a garantizar el goce efectivo e inmediato de sus derechos mientras dura la internación, materializando así el derecho a ser oído y el acceso a la justicia de este grupo social en especial situación de vulnerabilidad.

La Unidad está conformada por abogados que integran equipos interdisciplinarios. Cuentan con el apoyo técnico de médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, que forman parte de la actividad de defensa técnica y acompañan presencial y permanentemente durante las entrevistas con las personas que reciben la asistencia y en el diseño de las estrategias de intervención. El objetivo general es brindar una prestación especializada conforme lo previsto por las reglas 41 y 64 de las “Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad”.

Siempre y en todos los casos los abogados de la Unidad basan sus planteos en los intereses de sus defendidos, de acuerdo a su voluntad, deseos y preferencias, tal como lo prevé el artículo 22° de la Ley 26.657, los artículos 12° y 13° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y la normativa internacional de derechos humanos en que se apoya la actuación de esta Unidad.

En una comunicación reciente la Defensoría General de la Nación circuló una reglamentación que intentaba esclarecer el modo de intervención de la Unidad ante juzgados, hospitales y clínicas. Entre los puntos centrales se refirió al ingreso de la defensa, sin necesidad de autorización, a establecimientos de internaciones de salud mental, públicos y privados; a la prestación del servicio de defensa técnica sin condicionamientos, más allá de si un juez hubiera tomado o no intervención previa y a la exigibilidad de comunicación libre, permanente, confidencial y reservada de la defensa con la persona internada (10).

Con el objetivo de seguir aproximándonos a una mejor comprensión del funcionamiento de la Unidad, cabe resaltar que los abogados se oponen a la internación en todos los casos en los que sus defendidos así lo requieren.

De acuerdo a las primeras estadísticas que dicha Unidad está generando como resultado de sus intervenciones, puede subrayarse que de los 2241 casos defendidos hasta agosto de 2012, casi el 70 %, 1555 resultaron en altas “extrajudiciales”. Es decir, reclamadas por la Unidad y efectivizadas por las instituciones tratantes, sin necesidad de una petición judicial específica (11).

Cabe subrayar que este porcentaje coincide con la información recabada durante la investigación que dio lugar al Informe “*Vidas Arrasadas...*” donde al menos, el 60% de las personas que permanecía internada, no debía estarlo. Su voluntad, en la mayoría de los casos, no había sido tomada en cuenta.

7. Algunas articulaciones transitorias y parciales a partir de lo ya planteado

El derecho a la información y a la comunicación constituyen entonces las vías necesarias para garantizar derechos humanos fundamentales como por ejemplo, el derecho a la salud, al trabajo, a la educación, a tomar las propias decisiones, a la participación en la vida política, entre otros. Sin la garantía del derecho a la información y sin la promoción y difusión de tecnologías de información y comunicación accesibles para todos los grupos sociales se generan y perpetúan barreras en el acceso al ejercicio de tales derechos en condiciones de igualdad.

De acuerdo a la publicación “Salud Mental y Derechos Humanos. Vigencia de los estándares internacionales” (OPS/OMS, octubre de 2009), según datos elaborados hasta el año 2004, en los países “desarrollados” no recibieron atención en salud mental entre el 35% y el 50% de las personas que la requerían. En los países “en vías de desarrollo” esta cifra ascendía al 76% - 85%. La publicación también cita un estudio británico realizado en torno a personas que recibían atención en salud mental según sistemas basados en la comunidad, lo que arrojó las siguientes cifras: cuando las personas estaban fuera de los hospitales y sufrían una nueva crisis, el 40% llegaba a la consulta de atención primaria. De ese 40%, el 80% del problema pudo ser resuelto en ese mismo nivel y el 20% entró en el sistema de atención psiquiátrica. De estos últimos, solo el 20% requirió una internación más extendida. Solamente un 0.5% del total requirió internaciones de más de nueve días, por lo que la internación prolongada fue un recurso excepcional.

Asimismo, de acuerdo al Informe “Algunos aportes de la epidemiología de la salud mental con enfoque de derechos. Hacia la construcción de un nuevo paradigma en salud mental”, en diciembre de 2011 los recursos para afrontar la situación epidemiológica en Argentina eran aún insuficientes, no estaban distribuidos apropiadamente y, en algunas provincias, subsistía un modelo de servicios centrado en el hospital psiquiátrico tradicional como respuesta privilegiada.

De acuerdo a la mencionada fuente, en mayo de 2011 nueve provincias argentinas no utilizaban instituciones monovalentes de estructura manicomial. Por ello sigue siendo fundamental profundizar el proceso de disminución de camas de internación en hospitales monovalentes (12) y su reemplazo por camas en hospitales polivalentes y en dispositivos comunitarios, tal como en la actualidad se sigue impulsando desde los diferentes poderes del Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

Cuando el punto de partida son los campos de problemas sobre los que debemos intervenir y no los conceptos, por un lado se hace evidente la necesidad de la aproximación interdisciplinaria e intersectorial (técnicos, usuarios, familiares, activistas), y por otro, muchos conceptos y perspectivas resultan redefinidos y ampliados a la luz de una mirada que incorpora la complejidad de los procesos.

El estigma social que pesa sobre la locura es una construcción colectiva que no determina lo que una persona es o puede hacer. El padecimiento mental nos habla de un acontecimiento transitorio que afecta parcialmente su vida. Con los apoyos necesarios esa misma persona puede seguir llevando adelante su vida, puede trabajar, casarse, votar, tener hijos o lo que ella decida mejor para sí.

8. ¿Existe el “paciente crónico”?

¿Existe la cronicidad en salud mental? Cómo responder a esta pregunta sin atender a, por lo menos, los **últimos tres siglos de segregación**, invisibilización y negación de la condición de sujeto de derecho de este grupo.

En primera persona, ¿cómo puedo preguntarle a una persona por qué quiere seguir internada si no puedo ofrecerle las opciones mínimas necesarias para que pueda comenzar a imaginar otro escenario de vida?

Reformulo la pregunta: ¿cómo se produce la cronicidad en salud mental? Tomando su dimensión ético-política: ¿por qué producimos cronicidad en salud mental?

Lo que sigue es interrogarse sobre si efectivamente existe el llamado “paciente crónico” o si esta noción pudiera estar haciendo referencia a una incapacidad social y operativa del sistema en relación con padecimientos cuyas respuestas requieren abordajes más complejos basados en el respeto por la autonomía de las personas diagnosticadas. Y, asimismo, si dicha noción podría ser un pretexto institucional para reproducir esquemas institucionales ineficientes donde se requiere de intervenciones selectivas para fortalecer y no cronificar a las personas bajo cobertura.

Para poder responder a estos interrogantes deberíamos poder acompañar, en todos los casos y de manera sistemática, la historia de la evolución de una persona una vez establecido el diagnóstico en salud mental y contar con los dispositivos necesarios con base en la comunidad.

No se puede responder por la existencia o no del llamado “paciente crónico” en el ámbito de la salud mental por fuera de los dispositivos de apoyo y lo que ellos proponen: *el poder hacer como potencia productiva o el poder hacer como potestad de algunos pocos...* el partir de lo que la persona quiere y puede y no solamente desde las definiciones que establecen los técnicos.

Si consideramos los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS-OPS), en países como el nuestro, al menos el 76% de la población en algún momento de su vida no recibió la atención a su salud mental requerida. La evolución que hubiera podido tener el diagnóstico es desconocida ante la falta de asistencia necesaria.

De acuerdo con las conclusiones de la investigación “*Vidas arrasadas...*” al menos el 60% de las personas que se encontraba en centros de internación de salud mental no debería estar internada. Su permanencia en dichos centros se relacionaba con la insuficiente provisión de dispositivos de atención basados en la comunidad y de mecanismos institucionales para garantizar la reinserción social de dichas personas.

“Hace muy poco tiempo estuve en Open Door, en la Colonia Cabred. Allí, hablando con su Director, me dijo acá hay alrededor de 1.064, o una cifra parecida, [de] internos. Me dijo, más o menos 750 están por pobres; es decir, están porque hace mucho que están y están porque nadie los va a buscar, y están porque no tienen adónde ir si salen. Se suma todo: el tiempo que llevan, la soledad, el acostumbramiento a esa soledad o a esa forma de vida y el no tener parientes interesados en ellos. Es decir que no son locos, son pobres y solos; que es una buena manera de volverse locos” (13).

En la mayoría de las instituciones visitadas gran parte de las personas institucionalizadas no recibía una rehabilitación adecuada. El principal problema que pudo observarse es la generalizada inactividad, marcada por un importante número de personas que se encontraban acostadas sobre sus camas o en el piso, completamente inactivas.

Por otro lado, hace algunos años, dos de los fundadores de Mental Disability Rights Internacional (MDRI), Daniel Fishery (14) Laurie Ahern (15), elaboraron un documento basado en sus experiencias. Allí proponen que la recuperación completa y definitiva de las llamadas “enfermedades mentales”, incluso en sus formas más severas, es posible.

MDRI es la organización coautora del Informe “*Vidas Arrasadas...*”.

En el documento llamado “Asistencia Personal para la vida en la comunidad” (PACE por sus siglas en inglés) (16) retoman investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de la salud mental y concluyen que con los apoyos necesarios las personas pueden recuperarse definitivamente de una “enfermedad mental”. Entre los factores más importantes subrayan la necesidad de la creencia en la posibilidad de la recuperación y la revisión de los estigmas sociales; los vínculos de confianza y respeto; enfatizar la condición de persona antes que “paciente”; el fortalecimiento de las habilidades necesarias para que las personas puedan retomar y conducir sus propias vidas; y la vida integrada en la comunidad.

Es así que no podemos responder cabalmente sobre la existencia o no de los “pacientes crónicos”, de la evolución hacia la cronicidad en salud mental, sin atender paralelamente a los dispositivos específicos de atención con los que efectivamente se cuenta en un momento determinado. Esto no significa negar de plano la posibilidad de que frente a determinadas circunstancias la situación de una persona con diagnóstico en salud mental pueda evolucionar hacia el deterioro y la cronicidad. Pero si obliga a una *profunda y compleja revisión de todos y cada uno de nuestros dispositivos de trabajo y aquello a los que éstos disponen*.

Agradecimientos

Este documento fue elaborado en diálogo permanente y con los valiosos aportes de Ana Domínguez Mon, doctora en Ciencias Antropológicas e Investigadora en el área Salud y Población. Impulsora en la sede andina de la Universidad Nacional de Río Negro (UNRN) de la Unidad Interinstitucional de Salud Colectiva (UISC) integrada por los Hospitales de Bariloche y El Bolsón.

Notas finales

1. Trabajo presentado en el Simposio Nacional “Del padecimiento a la agencia social en salud colectiva. Personas que viven con enfermedades crónicas y vida cotidiana”. Hospital Zonal “Dr. Ramón Carrillo”, 25 y 26 de octubre de 2012, San Carlos de Bariloche, Pcia. de Río Negro.
 2. American Psychiatric Association, <http://www.psych.org/practice/dsm>
 3. Estudios del Psicoanálisis y la Psicología, <http://psicopsi.com/Rehabilitacion-psicosocial-del-enfermo-mental-cronico>
 4. Se utilizarán indistintamente los términos “personas usuarias de los servicios de salud mental”, “personas con discapacidad mental” o “personas con discapacidad psicosocial”. En tal sentido, se han contemplado los estándares internacionales en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad y la actual discusión de este grupo en torno a cómo autodenominarse. Estos términos también incluyen a personas que puedan estar sujetas a discriminación basándose en la percepción de que tienen una enfermedad o un historial previo de discapacidad mental.
 5. En 2005 se creó la **Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos**. Se trata de un espacio intergubernamental e intersectorial, inicialmente impulsado por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y la entonces Unidad Coordinadora de Salud Mental del Ministerio de Sa-
6. Documento elaborado por Roxana Amendolaro y Mariano Laufer Cabrera con la colaboración de Paula Litvachky y Andrea Pochak.
 7. El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) –dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires– funciona apoyando a las mujeres que permanecieron internadas en el Hospital Estéves a integrarse en un ambiente colectivo de casas en la comunidad y ayudándolas a aprender o reaprender habilidades esenciales para la vida.
 8. El **debido proceso** es un principio legal por el cual el gobierno debe respetar todos los derechos legales que posee una persona según la ley. El *debido proceso* es un principio jurídico procesal según el cual toda persona tiene derecho a ciertas garantías mínimas, tendientes a asegurar un resultado justo y equitativo dentro del proceso, a permitirle tener oportunidad de ser oído y a hacer valer sus pretensiones legítimas frente al juez. El *debido proceso* establece que el gobierno está subordinado a las leyes del país que protegen a las personas del Estado. Cuando el gobierno daña a una persona sin seguir exactamente el curso de la ley incurre en una violación del debido proceso lo que incumple el mandato de la ley.
 9. La Unidad es coordinada por el Dr. Mariano Laufer Cabrera, Secretario de la Defensoría General de la Nación. E-mail de contacto: letrados-saludmental@mpd.gov.ar
 10. Disponible en <http://www.mpd.gov.ar/noticia/index/noticia/estandares-de-intervencion-para-la-unidad-de-letrados-art-22-de-la-ley-de-salud-mental-532>
 11. Entrevista mantenida con Mariano Laufer Cabrera, Coordinador de la *Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657* (12/10/2012).
 12. Se trata de hospitales especializados destinados a prestar asistencia a la salud en una única especialidad, por ejemplo, salud mental.
 13. Discurso del entonces Gobernador de la Pcia. de Buenos Aires en la apertura de 135° período de sesiones ordinarias de la Honorable Legislatura Bonaerense, 1 de marzo de 2007, disponible en <http://www.spd.gba.gov.ar/cgi-bin/noticias/view-news.cgi?newsid1172793522,83252>

14. Daniel Fisher es una persona que se recuperó definitivamente de la esquizofrenia. Estuvo internado en varias oportunidades antes de volverse psiquiatra y es uno de los pocos psiquiatras en los Estados Unidos que discute abiertamente su recuperación definitiva de una enfermedad mental. Es codirector del Centro Nacional de Fortalecimiento (NEC por sus siglas en inglés: National Empowerment Center).
15. Laurie Ahern se presenta como una sobreviviente del sistema psiquiátrico, que se recuperó luego de haber sido hospitalizada y etiquetada con una enfermedad mental a la edad de 19 años. Actualmente se desempeña como Directora Asociada de Mental Disability Rights International (MDRI). Anteriormente ejerció, durante diez años, la codirección del Centro Nacional de Fortalecimiento (NEC).
16. Personal Assistance in Community Existence.

Referencias bibliográficas

- Amendolaro, R. & Laufer Cabrera, M. (2009). El derecho a la defensa y el acceso a la justicia de las personas usuarias de los servicios de salud mental. En *CELS. Derechos Humanos en Argentina. Informe 2009*. Buenos Aires: Siglo XXI. Disponible en: <http://www.cels.org.ar>
- Amendolaro, R. & M. Laufer Cabrera, M. (2012). Ingreso y permanencia involuntaria de personas con discapacidad en centros de internación. Su viabilidad a la luz de la CDPD. En *Capacidad Jurídica, Discapacidad y Derechos Humanos. Una revisión desde la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Coordinación a cargo de Agustina Palacios y Francisco Bariffi). Buenos Aires: Editorial Ediar.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición*. Recuperado de <http://www.psych.org/practice/dsm>
- Centro de Estudios Legales y Sociales - CELS (2009). *Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia*. Documento elaborado por Roxana Amendolaro y Mariano Laufer Cabrera con la colaboración de Paula Litvachky y Andrea Pochak. Recuperado de www.cels.org.ar/common/documentos/regulacion_salud_mental.pdf
- 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad. Recuperado de <http://www.mpd.gov.ar/articulo/index/articulo/100-reglas-de-brasil-ia-sobre-acceso-a-la-justicia-de-las-personas-en-condicion-de-vulnerabilidad-258>
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcc-convs.pdf>
- Di Nella, Y. y cols. (2011). *Algunos aportes de la epidemiología de la salud mental con enfoque de derechos. Hacia la construcción de un nuevo paradigma en salud mental*. Artículo de circulación interna del Curso Virtual de Actualización en Salud Mental de la Ley 26.657 organizado por la Dirección Nacional de Salud Mental con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), durante septiembre de 2011.
- Informe del Relator Especial de ONU sobre el derecho de toda persona del más alto nivel posible de salud física y mental (2009). Recuperado de <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4aa770872>
- Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual N° 26.522. Recuperada de <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/155000-159999/158649/norma.htm>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Recuperada de <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>
- Mental Disability Rights International (MDRI) y CELS (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental*. Buenos Aires: Siglo XXI. Disponible en http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf
- Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos. Vigencia de los Estándares Internacionales*. Recuperado de http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubops_arg/pub65.pdf
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. A.G. res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU Doc. A/46/49 (1991). Recuperado de <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/spanish/st2pppmif.html>
- Uranga, W. (2011). Sin comunicación no hay políticas públicas democráticas. Recuperado de <http://www.wuranga.com.ar/>