



La dignidad humana y los padecimientos mentales: una relación en construcción¹

Ana Heller

Médica psiquiatra en el Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez, en el SAME y en el Programa AdoP-AdoPi, GCBA.

Alejandra Petrella

Jueza en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la CABA, Titular del Juzgado n°12.

Adriana Vilarnovo

Trabajadora social en Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental y en el Programa AdoP-AdoPi, GCBA.

Resumen

La incorporación del enfoque de derechos en la Ley Nacional de Salud Mental, es una condición necesaria pero no suficiente para que las prácticas de los equipos interdisciplinarios de salud mental tiendan a garantizar la dignidad humana de las personas con padecimientos mentales.

En este trabajo nos proponemos analizar la hipótesis antedicha desde una óptica interdisciplinaria porque así lo establece la ley, y porque particularmente quien padece un trastorno mental severo, su familia y la comunidad, interactúan especialmente con los sistemas sanitario, social y judicial. Entendemos que la complejidad que caracteriza la problemática en salud mental enmarcada en los determinantes sociales de la salud, requiere de la articulación entre dichos sistemas (intersectorialidad).

Nos planteamos como objetivo general, establecer si la incorporación del enfoque de derechos en la Ley Nacional de Salud Mental es condición suficiente para que las prácticas de los equipos interdisciplinarios de salud mental tiendan a garantizar la dignidad humana de las personas con padecimientos mentales severos y como objetivos específicos: a) definir el concepto de dignidad humana articulándolo con los determinantes sociales de la salud mental, b) analizar –a partir de un caso concreto– el abordaje de los distintos operadores en salud mental desde la perspectiva del enfoque de derechos de la ley, c) caracterizar las relaciones que se establecen entre quienes padecen un trastorno mental severo, su familia y la comunidad con los sistemas sanitario, social y judicial y d) evaluar si las prácticas de los diversos sistemas intervinientes en el caso en análisis, así como de los profesionales de salud implican interdisciplinariedad.

Ello, así en tanto la interdisciplina no constituye solo un abordaje epistemológico sino también una toma de posición política frente a la problemática de la salud mental.

Palabras clave

Salud mental - Abordaje interdisciplinario - Dignidad humana.

Abstract

The inclusion of the approach of rights in the National Mental Health Law is a necessary but insufficient condition, for the interdisciplinary team to guarantee the human dignity of the mentally ill.

In this paper, we attempt to analyze the above hypothesis from an interdisciplinary practice because the law stipulates so, and because particularly those who have a severe mental disorder, their family and community, often interact with the health, judicial and social systems. We understand that the complexity that characterizes the mental health issue framed in the social determinants of health, requires the coordination between these systems (intersectorial).

Our overall objective is to establish whether the inclusion of rights in the National Mental Health Law is a sufficient condition for the practices of the mental health interdisciplinary teams tend to ensure the human dignity in people with severe mental illnesses and as specific objectives:

a) define the concept of human dignity articulating it with the social determinants of mental health, b) analyze-from a specific case-the approach of the various mental health actors from the perspective of statutory rights; c) characterize the relationship established between those who have a severe mental problem, their family and the community, with the health, social and judicial systems; d) evaluate whether the practices of the several systems involved in the case above mentioned, along with health professionals imply interdisciplinarity.

The interdisciplinarity should not constitute only an epistemological approach but also a political stance in front of the mental health issue.

Key words

Mental health – Interdisciplinary approach - Human dignity.

Introducción

El presente trabajo pretende formular un análisis –conforme el enfoque de derechos que surge del art.

7° de la Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657– vinculado a que la preservación de la salud mental implica una construcción social que debe enmarcarse en la concreción de los derechos humanos, y particularmente fundada en el principio de la dignidad humana.

Para ello, y conforme al objeto de la ley –asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas– se intentará enfocar el tema desde una perspectiva médico-jurídica y social, como la planteada por la Ley Nacional de Salud Mental abordando el concepto de dignidad humana como base de todo derecho. Cabe señalar, además, que el concepto de dignidad humana recorre de manera horizontal todos los derechos que la nueva ley reconoce, especialmente los previstos en los arts. 1°, 2° y 3°.

Se tomarán también como ejes para la evaluación, las modalidades de trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Marco teórico

Concepto de Dignidad Humana

La dignidad humana, tomada como soporte del derecho internacional de los derechos humanos, imprime una inequívoca preferencia por la protección de las personas en situación de marginalidad, vulnerabilidad, desventaja, exclusión, pobreza, entre otras expresiones, como la de minorías, siempre insuficientes, desde que –como lo ha dicho la Comisión Interamericana de Derechos Humanos– la extrema pobreza y la exclusión constituyen una violación de la dignidad humana (Gialdino, 2000).

Enfoque filosófico

El concepto de dignidad humana ha conocido varias fases en su formulación histórica. Durante la época pre-moderna, dicho valor derivaba del parentesco del hombre con Dios y hacía del primero un ser excelente por ser creado a la imagen divina. El concepto de dignidad era así un concepto religioso.

En la época moderna, el concepto de dignidad fue reformulado: la dignidad del hombre derivaba de su naturaleza humana pero dicha naturaleza se desvinculaba progresivamente de cualquier origen divino. Persiste aquí la singularidad de la especie humana en relación con los demás animales, pero a esta reformulación parcial del concepto se ha añadido una más profunda: el hombre es un fin en sí mismo y debe ser tratado como tal y no meramente como un medio. Esta nueva formulación de la dignidad se plasmará en el ámbito jurídico con la aparición de los derechos humanos. A partir de allí, la dignidad humana no solo tendrá un alcance vertical (la superioridad de los seres humanos sobre los animales) sino también horizontal (la igualdad de los seres humanos entre sí

sea cual fuere el rango que cada uno pueda desempeñar en la sociedad).

El concepto moderno de dignidad humana no niega la existencia de desigualdades entre los individuos. Lo que sí niega es que esas desigualdades naturales y sociales sean la justificación de un tratamiento desigual por parte de las instituciones o de un trato degradante entre los individuos. Cada uno merece un respeto debido por el mero hecho de ser humano. Tal afirmación recuerda la base de la definición moderna de la dignidad que aparece en Kant: “*la humanidad misma es dignidad: porque el hombre no puede ser utilizado únicamente como medio por ningún hombre (ni por otros, ni siquiera por sí mismo), sino siempre a la vez como fin, y en esto consiste precisamente su dignidad (la personalidad) en virtud de la cual se eleva sobre todas las cosas (...)*” (Kant, 1989: 335).

Este concepto de la dignidad humana desde una visión filosófica será el que recorra el articulado propuesto por la nueva ley de salud mental y que se vincula al tratamiento de los padecimientos mentales a partir de un nuevo paradigma.

Así, de la dignidad de la persona como valor central, emanan la justicia, la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad y la solidaridad, que son dimensiones básicas de la persona, que en cuanto tales se convierten en valores y determinan la existencia y legitimidad de todos los derechos reconocidos por nuestra Constitución. Por otra parte, esos valores están indisolublemente unidos por su raíz y fundamento: el valor de la dignidad de la persona humana.

Enfoque jurídico

Para abordar la temática y vinculación entre el derecho a la salud mental y la dignidad humana deben formularse las siguientes consideraciones:

- A. Entender la salud mental como un derecho fundamental enmarcado en el plexo de los derechos sociales, entre los cuales hay complementación y acumulación. Adoptar una posición al respecto resulta imprescindible por cuanto implica sostener la decisión política de cada Estado de intervenir activa y sustantivamente para asegurar a toda la población no solo la promoción y protección de la salud, sino también, el derecho a la atención de la enfermedad en forma igualitaria en cantidad y calidad.
- B. Entender que la falta de asistencia a los padecimientos mentales constituye una violación a la dignidad humana. Jurídicamente el derecho a la salud es un derecho positivo y por ende, debe protegerse a una minoría vulnerable. En realidad, hablar de vulnerabilidad es referirse a la susceptibilidad, particularmente entre los pobres ya que el padecimiento mental constituye un mal que afecta aun más a las personas sin recursos, aquellos que no tienen capacidad para defender sus derechos por sí y care-

cen de la cobertura que les otorga una obra social o una empresa de medicina prepaga.

Hay una relación necesaria entre pobreza y salud mental. Por caso, en Buenos Aires, los más necesitados son los que deben acudir a paliar sus dolencias a los neuropsiquiátricos de la ciudad. Cuando se recorren los hospitales Borda, Moyano y Tobar García se advierte que allí se atenta contra la dignidad de la vida de las personas internadas.

Plexo normativo (2)

Todo el orden positivo del derecho internacional de los derechos humanos encuentra su soporte en la dignidad humana, valor intrínseco del ser humano. De ella se derivan el resto de los derechos de toda persona (3).

La Protección Internacional de los Derechos Humanos viene experimentado una considerable expansión en las últimas décadas. En las normas de Derecho Internacional reguladoras de los Derechos Humanos es frecuente la referencia a la dignidad de la persona humana.

Todos los instrumentos internacionales se consideran parte integrante de la Ley de Salud Mental que los incorpora en su art. 2°.

Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26.657 (4)

En definitiva, la Ley 26.657 de salud mental cambia el paradigma del hospital monovalente por un criterio desmanicomializador y encuentra fundamento de validez en la salud como derecho humano fundamental, viéndose así reflejado el respeto por la dignidad humana.

La presunción de capacidad –que modifica y se incorpora al art. 152 ter del Código Civil– transforma una práctica instaurada en tanto incluye la evaluación de este principio general por parte de un grupo de profesionales. Por ende, en base a un informe psicobiológico –y no ya con la mera evaluación de un profesional médico– se dirimirá si el padecimiento mental de una persona lo condiciona en su calidad de vida, y en tal caso, un juez dispondrá eventualmente qué derechos podrían serle limitados. Pero a tal determinación debe abocarse el equipo interdisciplinario (art. 13). La privación de la libertad de un ser humano por el mero hecho de padecer sufrimiento mental es claramente violatoria del derecho a la dignidad humana y así lo establece la ley al enumerar los derechos que lo asisten.

La ley se integra con los “Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” (5) consagrando dos pilares fundamentales como derechos que hacen a la dignidad humana: el de desmanicomialización y el de desjudicialización. Propender a la concreción de tales derechos debe ser el camino a emprender.

Condicionantes de la Salud Mental

Los procesos de salud enfermedad están directamente relacionados con los contextos histórico-sociales y culturales. Esto requiere sostener una visión integral de la salud y superar aquellas perspectivas que se restringen al estudio de las enfermedades.

Actualmente varios documentos de la oms hacen referencia a esta relación existente entre contextos sociales y los modos de enfermar, haciendo énfasis en la importancia de poder trabajar e invertir en los determinantes sociales de la salud y la salud mental.

Proponemos pensar en clave de condicionantes y no de determinantes sociales, porque esto implicaría una imposibilidad de poder modificar dichas situaciones.

Son condicionantes de la salud y la salud mental de una población, la pobreza, las distintas expresiones de las injusticias, las desigualdades sociales, los cambios sociales abruptos, la falta de acceso a una adecuada educación, a los servicios de salud, al trabajo, a una vivienda digna, las situaciones de violencia y de vulnerabilidad social, etc.

Asumiendo además que los procesos de salud/enfermedad constituyen cuestionamientos potenciales tanto de las instituciones médicas como de la sociedad en la cual operan dichas instituciones, y en las cuales se desarrollan y se sufren las enfermedades generadas por las condiciones de vida imperantes. Desde esta perspectiva la salud/enfermedad aparece como un proceso político que el modelo médico tiende constantemente a enmascarar. Por tal motivo nos parece importante introducir aquí las características del Modelo Médico Hegemónico propuesto por Eduardo Menéndez (2005) como categoría de análisis y cuyos rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

Dichas características darán cuenta de un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente “natural”, donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como “pacientes” o conglomerados humanos.

La práctica médica que surge de este modelo es una práctica reparativa, que reduce su nivel de análisis al individuo o a lo sumo a la suma de individuos, y que no puede referir radicalmente sus políticas de salud a los factores económicos-políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad, pues ello supondría de hecho afectar al proceso dominante. Al radicar su mi-

rada en una aparente especificidad, la de la enfermedad “en sí”, que de hecho elimina la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas que afectan la salud global de las personas, genera una práctica que termina siendo asistencial, a demanda y curativa.

En el ámbito más amplio de la salud pública se manifiesta la presencia de dos paradigmas relevantes, uno, individual-restrictivo con eje en la clínica y el otro, social-expansivo cuyo eje es la epidemiología.

El modelo clínico (en el que se basa el Modelo Médico Hegemónico) se ocupará del hombre aislado de su contexto vital, sin tomar en cuenta su ecosistema e intentará explicar la enfermedad sobre la base del marco teórico biológico. A diferencia de éste, el modelo salubrista busca explicar los fenómenos emergentes del proceso salud-enfermedad partiendo de que el ser humano es inseparable de sus circunstancias socioeconómicas, psicosociales y culturales. Desde este paradigma, se define la salud como: la situación de relativo bienestar físico, psíquico, espiritual, social y ambiental (el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada), debiéndose tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes, comprendiendo que todos estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida.

Calidad de vida y dignidad humana

Cuando hablamos de calidad de vida nos estamos refiriendo a “*el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las razones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida*” (García Viniégras, 2008: 19). Esta definición vincula lo micro y macro social con lo individual subjetivo. Nos permite visualizar cómo los factores objetivos determinados por la forma de organización de cada sociedad, impactan en la subjetividad condicionando los procesos de salud-enfermedad, constituyéndose como condicionantes sociales de la salud.

Podemos afirmar entonces que la calidad de vida es la evaluación que realiza quien padece (en base a sus vivencias y experiencias subjetivas), de cómo esos síntomas inciden sobre su vida, sobre las repercusiones que tienen en sus relaciones sociales, es decir, “*el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectada por su enfermedad, tratamientos, efectos*” (García Viniégras, 2008: 40).

Problemáticas sociales complejas

Hablar de problemáticas sociales complejas implica reconocer la imposibilidad de intervenir para ho-

mogeneizar poblaciones y reconocer en los problemas sociales tanto los aspectos objetivos como subjetivos.

Las problemáticas sociales complejas nos muestran la tensión existente entre necesidades y derechos, nos interpelan desde los derechos sociales y civiles no cumplidos, son transversales y abarcan dificultades que se expresan en forma singular en los sujetos con padecimiento mental. No logran ser abordadas desde las instituciones tradicionales, requiriendo de intervenciones intersectoriales e interdisciplinarias. *“En definitiva, el derecho a la inclusión, a la identidad, a formar parte de la comunidad y de la cultura implica nuevas complejidades”* (Carballeda, 2008: 18) que requieren ser abordadas integralmente desde el campo de la salud mental.

Trabajar desde el modelo de la complejidad implica reconocer un no saber que acompaña el saber, soportar la presencia de lo conflictivo y de lo heterogéneo y aceptar y trabajar desde y con las diferencias. La Interdisciplina, como posicionamiento clínico, exige y permite sostener la incertidumbre frente a un saber *“completo y absoluto como dador de significados”*, es pues, un lugar para la pregunta; y por lo tanto, una intervención a construir.

La presencia de actores de distintas disciplinas no garantiza que lo interdisciplinario se ponga en marcha ya que no se trata de la sumatoria de saberes, tampoco se trata de la complementariedad donde una disciplina vendría a completar el punto de vacío de saber en que, más tarde o más temprano, nos deja la propia. Ambas lecturas de la interdisciplina aspiran a abarcar la *“totalidad del problema”* como si éste pudiera recorarse y definirse bajo límites precisos, cuando su modalidad de presentación es más bien como demandas complejas y difusas que darán lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas en cuerpos conceptuales diversos.

No se trata tanto de aspirar a la **totalidad** como de poder hacer frente a la **complejidad**. Entendiendo lo complejo como la permanencia de lo conflictual, lo que nunca es totalmente representable, donde hay un resto que resiste a la representación. Así, creemos que la interdisciplina se dibuja y se plasma en el campo de la acción y no del saber especializado, más como apuesta que como certeza. Donde cada disciplina mantiene su especificidad e independencia sin avanzar independientemente de las otras, pero requiriendo de plasticidad e invención, de cierto indisciplina frente a la propia disciplina que posibilite prácticas creativas.

La articulación disciplinaria se basa en los vínculos entre diversas especialidades materializados en encuentros a través de los miembros del equipo de trabajo que aportan prácticas convergentes. Dicho equipo de trabajo debe contar con actitudes cooperativas en el grupo donde prevalezca la flexibilidad, donde la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se definan en relación al problema y no al

peso o tradición de cada profesión. Las relaciones entre disciplinas no deben ser casuales, sino provocadas con intencionalidad sin ser fortuitas, requiere de espacios programados para el intercambio, la discusión, la reflexión entre diversos profesionales; hace necesario que los integrantes del equipo dispongan de tiempos para estos espacios, y tengan el compromiso para sostenerlos. En este sentido, la cooperación no debe ser ocasional, sino recurrente, con continuidad para lograr cohesión del equipo. La reciprocidad está dada por la interacción entre las disciplinas y es la que lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados.

Contextualización de la experiencia.

Relato del caso

En el mes de julio de 2011, una médica psiquiatra que se encontraba realizando guardia en el SAME psiquiátrico debe dar cumplimiento a una manda judicial notificada mediante oficio, en el marco de la causa n°xxxxx caratulada *“N.N. s/pedido de protección de menor”* en la que se ordenaba que el niño (a quien llamaremos S.) de un año y medio de edad, fuera trasladado desde su domicilio al Hospital de Niños juntamente con un acompañante terapéutico dispuesto por el juzgado interviniente, solicitándose asimismo que el citado profesional evalúe a la madre del menor (a quien llamaremos M.), con apoyo de personal policial de la comisaría de la zona.

En la diligencia intervienen distintos operadores, a saber: Defensoría Zonal de Niños, Niñas y Adolescentes, ambulancia de traslado de SAME, ambulancia psiquiátrica de SAME y personal de comisaría correspondiente. Se decide el encuentro de todos los actores intervinientes en la Comisaría para desde allí dirigirse al domicilio. A tal fin se constituyen tres profesionales de la Defensoría, chofer y médico de la ambulancia que efectuaría el traslado del menor al Hospital de Niños y acompañante terapéutico, chofer y médica psiquiatra del SAME psiquiátrico y seis policías de la comisaría zonal, un total de catorce personas; todos de distintas disciplinas y a fin de cumplir una orden judicial.

El operativo es dirigido por el personal de la Defensoría, por lo que al llegar a la comisaría y en vista del despliegue de profesionales intervinientes, la médica psiquiatra solicita información del caso para saber desde que lugar ha sido convocada a intervenir, siendo informada por una de las profesionales de la Defensoría que el objeto del procedimiento era separar al niño de la madre ya que éste se encontraba en riesgo, que previamente en dos oportunidades se había solicitado a la madre que lo llevara a la guardería y no había cumplido, que los vecinos han denunciado que el niño quedaba solo en la casa mientras la madre salía a trabajar. **Ante la pregunta de si se había realizado un examen**

psiquiátrico previo que determinara que la madre no estaba en condiciones de hacerse cargo del niño, responden que no era necesario porque sabían que la madre era consumidora de paco y no se hacía cargo del menor; manifestando cierta molestia ante las preguntas de la citada profesional refiriendo que lo más importante era salvaguardar al menor.

Al llegar al domicilio y frente a la no respuesta inicial, el personal de la Defensoría sugiere tirar la puerta abajo, la psiquiatra solicita esperar y la vez pregunta si además de los derechos del niño, no se tienen en cuenta los derechos de la madre a ser previamente evaluada e informada de la determinación judicial, ante lo cual, personal de la Defensoría le increpa si intentaba obstaculizar desde un inicio el accionar de la justicia y si ella se haría responsable si algo le ocurría al niño.

Luego de unos minutos, abre la puerta un joven que dice ser amigo de M. y que la misma no está, por lo que personal de la Defensoría –acompañado de varios policías– ingresa al domicilio y retira al niño del dormitorio, refiriendo que era mejor hacerlo en ese momento que la madre estaba ausente.

S. es trasladado al Hospital de Niños en la ambulancia del SAME junto al acompañante terapéutico, siendo retirado del domicilio sin dejar ninguna notificación formal que informe a la madre, a su regreso, dónde lo podría localizar.

En el domicilio se encontraba también la abuela de S. que había salido de alta de internación del Hospital Pirovano hacía una semana, por haber presentado un accidente cerebro vascular que le había dejado como secuela una hemiplejía y dificultades en el habla, por lo que, postrada en una cama, miraba con consternación lo que sucedía sin poder intervenir.

La psiquiatra decide –a título personal– explicar a la abuela la situación y le deja escrito –de manera informal– los datos del expediente y juzgado interviniente para que M. pudiera ponerse en contacto a su regreso. Igualmente se decide esperar en el lugar la llegada de M. por un tiempo prudencial. Media hora más tarde se hace presente M. en un estado de ansiedad preguntando por su hijo, a lo cual la psiquiatra le informa de lo acontecido y una profesional de la Defensoría le dice que se lo habían advertido si ella no cumplía con lo pautado, a lo cual se retiran, quedando en el lugar cuatro policías, la psiquiatra y el chofer de la ambulancia.

Se realiza contención verbal de M. y posterior evaluación, ella refiere consumir paco y estar dispuesta a realizar tratamiento, pero a su vez se niega a ser internada en el momento porque le preocupa que durante su ausencia le usurpen la casa y además debe ocuparse de resolver donde quedará su madre que no es auto válida.

Dado que la situación de M. no presentaba riesgo cierto e inminente, se respeta su decisión de posponer el tratamiento hasta resolver cuestiones que para ella eran más urgentes y la angustiaban y asimismo se le brinda

toda la información del juzgado interviniente así como de lugares donde realizar tratamiento por su adicción.

Es dable señalar que el caso en análisis comienza con una causa judicial iniciada con motivo de una denuncia de los vecinos ante una Defensoría Zonal a fin de solicitar acciones tendientes a reguardar la integridad del menor. En ese marco, y con fundamento en el art. 36 de la Ley 114 (6), el Juzgado dicta una medida de protección especial de derechos tendiente a la recuperación del goce de los derechos presuntamente vulnerados del niño y la reparación de sus consecuencias. Este tipo de medidas resulta excepcional, así como la actuación de la Justicia, quien actúa, en la especie, a pedido de la Defensoría que depende del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (7) –organismo especializado que tiene a su cargo las funciones relativas a la promoción y protección integral de los derechos de los niños– y debe dictarse cuando no existan alternativas más idóneas.

Análisis del Caso

Nos preguntamos si es esta una intervención en el campo de la salud desde la perspectiva que otorga la nueva ley de salud mental o si –en definitiva– aun con la intervención de múltiples sectores y disciplinas no es más que una articulación médico jurídica que como un continuo disciplinar interviene en el ejercicio del control social.

Cuestionamos lo que a simple vista podría ser entendido como una intervención intersectorial, interdisciplinaria, social, comunitaria y preventiva con un enfoque de derechos en la que intervienen diversos sectores, justicia, salud y seguridad.

También intervienen actores que provienen de diversas disciplinas: trabajador social, abogado, psicóloga, médicos, acompañante terapéutico, choferes de ambulancia y personal policial por lo que esta podría llamarse una intervención interdisciplinaria.

En definitiva, se interviene desde lo social, aduciendo un trabajo previo donde se habló con la madre para que llevara a su hijo a la guardería; en la comunidad ya que la intervención se realiza en el domicilio y eventualmente previniendo un mal mayor para el menor desde un enfoque que contempla los derechos del niño.

Sin embargo, un análisis en profundidad nos da cuenta, en cambio, que el caso fue abordado desde una perspectiva individual restrictiva, asistencial a demanda y curativa tal como se implementa desde el Modelo Médico Hegemónico, ya que ante una problemática compleja como la presentada la resolución que se piensa, ante reiteradas quejas de los vecinos, es la exclusión del hogar del menor, sin tener en cuenta a la madre y a la abuela quienes también encuentran afectadas su salud psíquica y física, así mismo se actúa punitivamente sobre la madre, mostrándole el castigo del Estado por no cumplir adecuadamente con sus deberes.

Vemos en la viñeta como a pesar de la vigencia de la ley, la internación continua siendo visualizada por la comunidad y por los operadores de salud mental como la principal y única estrategia de intervención posible. Durante la entrevista la mamá manifiesta su voluntad e imposibilidad de realizar tratamiento (internarse) por la situación socio-familiar en la que se encuentra y los operadores intervinientes tampoco logran ofrecerle otra estrategia de intervención alternativa para su tratamiento.

La unidireccionalidad desde la cual fue pensada esta intervención (retirar al menor del domicilio) no permite a los operadores de salud mental generar estrategias alternativas a la internación y visualizar ese contacto con M. como una oportunidad para comenzar a trabajar con ella sobre su consumo problemático de sustancias, sobre sus dificultades en la accesibilidad al sistema público de salud y sobre el armado de una red de dispositivos de contención social que habiliten sus posibilidades de iniciar un tratamiento ambulatorio o dar lugar a una futura internación en caso de ser necesaria, como lo indica el art. 7 de la Ley de Salud Mental.

A. Interdisciplina

Nos parece importante resaltar la falta de equipo interdisciplinario de salud mental en la ambulancia de SAME psiquiátrico y el impacto de ello en las intervenciones. Creemos que esta situación restringió la posibilidad de armar una estrategia de intervención más integral, que no solo se centrara en la evaluación individual de M., sino que pudiera realizar una evaluación integral familiar. Si bien la ley establece en su art. 8 que *“debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario”* está transformación aún no se ha llevado a cabo en dicho dispositivo de atención.

Es importante entonces rescatar la vinculación entre evaluación e informe psicobiológico y el concepto de calidad de vida. Si tomamos el mejoramiento de la calidad de vida de quienes se encuentran atravesando un padecimiento mental como elemento fundante de nuestras prácticas en salud mental, veremos que la intervención del equipo de salud mental ya no puede centrarse solamente en la enfermedad, en el manejo de los síntomas, y que debe necesariamente incorporar una multiplicidad de miradas que en forma articulada puedan dar lugar a la consideración de los factores psicológicos y sociales, condicionantes de la salud mental.

Cuando la comunidad (vecinos) interpela a la Justicia, la misma interviene en nombre de los derechos del niño y con un objetivo punitivo hacia la madre, ordena la exclusión del hogar del menor para lo cual apela a los sistemas de salud y seguridad. Se podría ver aquí un enfoque autoritario de la intersectorialidad, no tanto como red sino como una cadena de mandos. Por ende, la presencia en el lugar de diversos actores de distintas disciplinas no da cuenta de una intervención interdiscipli-

naria más bien lo que se evidencia aquí es el modelo de Falsa Interdisciplina donde lo que prima es un modelo autoritario piramidal, donde en la punta se encuentra el decisor y por debajo, los opinadores, los administradores de la decisión y en la base, los que obedecen la decisión.

Cabe señalar que en el caso no solo se vulneró el hecho el derecho del menor –toda vez que no se utilizaron alternativas previstas por la propia Ley 114 tendientes a preservar el vínculo del menor con su madre o con personas de su entorno– sino que también, se violaron de manera flagrante los derechos de la madre a quien se condenó por ser consumidora de paco.

Así, la colisión entre derechos y la falta de sistematización de los dispositivos legales existentes (ya que debieron interpretarse armónicamente la Ley 114 y la Ley de Salud Mental) abrevaron en la vulneración de los derechos de la madre y el hijo. Ello implica que –aun en la multidisciplina– si no se ponen en marcha dispositivos que permitan realizar una contención social a las problemáticas existentes, no va a poder implementarse ningún cambio. En este caso existen dos leyes de protección de derechos que al ser erróneamente utilizadas, culminaron violando derechos.

Por otra parte la multidisciplina implica varias miradas sobre la misma situación pero desintegradas y desarticuladas entre sí, a diferencia de lo que implica pensar estas problemáticas sociales complejas desde un abordaje interdisciplinario como ya se definió en el marco teórico. Vemos también en el caso expuesto, que en la práctica de los operadores no se evidencia un saber superior del modelo médico hegemónico restrictivo a un modelo ampliado que incorpore el enfoque de derechos.

B. Intersectorialidad: el complejo tutelar

El incremento de las prácticas pedagógico-educativas (en reemplazo del control sobre los cuerpos) ha sido el elemento en torno al cual se han articulado esas tres instancias, de servicio social, psiquiátrica y judicial. Esta alianza ha permitido y expandido las actividades correctivas fuera del campo cerrado de las instituciones (penal o del hospital psiquiátrico) y reposicionado a la psiquiatría y asistencia social con relación a lo judicial. En nombre de la prevención y el riesgo se ponen en marcha una serie de dispositivos de vigilancia y control social. Este encadenamiento de intervenciones, unas a partir de otras, las hace a todas proceder originalmente de una misma definición judicial.

Cada época define su sistema de trasgresión y a partir de ello construye su complejo tutelar, del cual surgen modelos, categorías de análisis y formas de explicación que le dan un enfoque a las Instituciones y a las prácticas que se desarrollan en ellas.

“En el origen de la intervención siempre hay una denuncia, es decir, la notificación al juez de menores de la

existencia de una situación crítica en tal o tal familia por instancias que pueden ser públicas o privadas. En esta categoría de familias, las denuncias provienen la mitad de las veces de otros servicios sociales.” (Donzelot, s/f : 29).

La asignación del origen de los trastornos a la familia y las sospechas sobre ella en relación a ¿Quién vigila al niño en la casa? ¿Cuál es el tipo de vigilancia? ¿Va el niño a la escuela?, así como otras tantas observaciones que los servicios sociales tratan de manera extremadamente detallada, junto con los antecedentes patológicos de los padres. ¿Cuál es el estado moral de los padres? ¿Cuál es el estado de salud del padre y de la madre? son utilizados como fundamento de la intervención y el control social. La familia se convierte así en el verdadero origen de la enfermedad y el médico psiquiatra es el único en poder discriminar en esta patología.

“La gestión tutelar de las familias consiste en reducir su horizonte a la reproducción bajo vigilancia y en retirarles automáticamente los menores «socializables». Con este fin, el psiquiatra-psicoanalista controla el ejercicio del trabajo social; no interviene directamente, puesto que la demanda de las familias está monopolizada por las preocupaciones materiales, y también porque la tutela implica una parte de coerción directa.” (Donzelot s/f: 36).

Conclusiones y recomendaciones

I. A modo de conclusión podemos afirmar que la ley de salud mental es un gran avance, pero que por sí sola no resulta suficiente para que las prácticas de los equipos interdisciplinarios de salud mental tiendan a garantizar la dignidad humana de las personas con padecimientos mentales.

Creemos que la conformación de equipos multidisciplinarios es un avance necesario, pero que dicha medida de por sí, no garantiza la ruptura y superación de prácticas autoritarias, verticalistas, individualistas y descontextualizadas de las situaciones económicas, sociales y culturales de las personas con padecimiento mental y sus familias. La interdisciplina y la intersectorialidad son herramientas imprescindibles para la puesta en marcha de un cambio real y profundo.

Asumir la responsabilidad de favorecer en cada una de nuestras intervenciones la accesibilidad al sistema público de salud de la población más vulnerable, es un principio que debemos incorporar a nuestras prácticas, así como el pensar las situaciones que abordamos desde una mirada integral para poder implementar estrategias de trabajo alternativas a la internación.

Evaluamos también que aún no se han armonizado el resto de las normativas vinculadas a la salud mental –tales como las leyes de salud en general, las que prevén problemáticas sociales, las que abordan temas de discapacidad o niñez, por caso– a fin de que la articulación de los distintos objetivos previstos pueda ponerse en marcha, y tampoco se han previsto dispositivos de conten-

ción social que permitan paliar la vulnerabilidad de las personas cuando su dignidad resulta violada.

Sostenemos entonces que esta asistematización implica una violación al derecho a la dignidad, por cuanto hoy el Estado no da respuestas integrales a los sujetos con padecimientos mentales. Tanto la Constitución Nacional, cuanto los Tratados Internacionales establecen que los Estados deben hacerse cargo de la salud mental de sus poblaciones, y la oms/ops ha recomendado a sus países miembros tomar medidas activas en tal sentido. El rol del estado debe ser entonces el de “reconocer”, “comprometerse” y “tomar medidas”, pero ello no sucede.

II. Desde nuestra mirada, insistir en la capacitación interdisciplinaria de los operadores en materia de salud mental constituye una prioridad. En tanto no logremos una mayor democratización de los espacios profesionales, difícilmente podremos alcanzar una plena participación de otros importantes actores como son, las redes de usuarios y familiares y la comunidad en su conjunto.

Evaluar la relación que existe actualmente entre las leyes vigentes que tratan temas de salud mental en particular y correlacionarlas con las que tratan temas de salud en general, violencia familiar, menores, vivienda, etc. ya que la aplicación aislada de cada una de ellas puede conducir a la violación de la dignidad humana. Es imperante interactuar con los operadores judiciales y coordinar las intervenciones para evitar que se den situaciones como la del caso descripto.

Trabajar en protocolos de actuación que unifiquen la labor interdisciplinaria de todos los actores que prevé la ley, generando así un marco básico de acuerdos que nos permita superar las posiciones/criterios netamente individuales.

Profundizar el conocimiento y difusión de la ley por parte de los usuarios y de la comunidad en general, a través, por ejemplo, de campañas masivas de concientización (algo así como aprender a mirar la locura en términos de una enfermedad más).

Para terminar, adherimos a lo sostenido por el Dr. Ramón Carrillo en cuanto a que: “*Los problemas de la Medicina como rama del Estado, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría.*” (Carrillo, 1951).

Notas finales

1. Este artículo es una versión modificada de un trabajo que fue realizado como Trabajo Final de Integración del Programa de Actualización en Determinantes de la Salud Mental en el campo de las Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

2. En detalle, el plexo normativo de la salud mental –con fundamento en la dignidad humana– se integra:
 - 2.1. Todo el orden positivo de los derechos humanos encuentra fundamento en el principio de la dignidad humana (valor intrínseco del ser humano), previsto por el art. 33 de la Constitución Nacional (CN)
 - 2.2. Art 75 inc.22 incorpora diez tratados internacionales con rango constitucional.
 - 2.3. Art. 14 CN
 - 2.4. Art. 28 CN
 - 2.5. Art. 20 de la CCABA (derecho a la salud)
 - 2.6. Art. 21 inc.12: las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo. Propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y protección social.
 - 2.7. Arts. 23 y 42.
 - 2.8. Art. 10 de la CCABA en tanto estos derechos no pueden ser negados ni limitados por la omisión o insuficiencia de su reglamentación y ésta no puede cercenarlos.
 - 2.9. Art. 73 inc.23 CN. en tanto establece igualdad de oportunidades y trato
 - 2.10. Ley 153 (Básica de Salud, Año 1999): art. 48 anuncia la redacción de una ley específica de salud mental que la complementa.
 - 2.11. Ley 447 (Ley marco de políticas para plena participación e integración de personas con necesidades especiales) establece un régimen básico e integral para la prevención, rehabilitación, equiparación de posibilidades y oportunidades, participación e integración social plena de las personas con necesidades especiales, que son aquellas que padecen alteraciones –totales o parciales– y/o limitaciones funcionales –permanentes o transitorias– físicas, mentales, o sensoriales, que, en relación a su edad y medio social, impliquen desventajas considerables en su desarrollo.
 - 2.12. Ley 448 (de Salud Mental, año 2000): garantiza el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la ciudad y consta de dos títulos:
 - 2.13. Ley 114 (protección integral de los derechos de los niños)
 - 2.14. Ley Nacional 25.657.
 - 2.15. Naciones Unidas:
 - Principios para la protección de enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (A/Res. 46/119 del 17-12-91), contiene 25 principios
 - Establece dos instrumentos internacionales para promover el respeto y la vigilancia del cumplimiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad: El pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) que, junto con la Declaración Universal de Derechos Humanos, integran la Carta Internacional de Derechos Humanos.
 - Convención americana de los derechos y deberes del hombre (art.11).
 - Declaración universal de los derechos humanos (art. 25.1).
 - Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (art.12 inc. 1 y 2). Arts. 12 y 13.
 - Declaración de Luxor (Declaración sobre los derechos humanos de los enfermos mentales, aprobada el 17-01-89 en el Congreso del Nilo, Egipto).
 - Declaración de Caracas (1990).
 - Principios para la protección de los enfermos mentales para el mejoramiento de la atención de la salud mental (Asamblea General de la ONU, 1991). PPEM
 - Declaración de Viena (Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993).
 - Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (Ley 25.280 de Julio/2000).
 - Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental (CIDH, 1991). Ley 26.378 mediante la que se aprueba la Convención sobre las personas con discapacidad. Entre sus principios destaca “la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible”.
3. Así lo establecen en Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el de Derechos Económicos Sociales y Culturales en sus Preámbulos.
4. Es dable advertir al lector que al momento de la formulación del presente texto aún no había sido promulgado el decreto 630/13 reglamentario de la Ley de Salud Mental.
5. Adoptado por la Asamblea General en su Res. 46/119 del 17/12/91.
6. Ley de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes (BOCBA 624 del 03-02-99).
7. Previsto por el art. 45 de la Ley 114, modif. por la Ley 937 (BOCBA 1606 del 10-01-03).

Referencias bibliográficas

- Carballeda, A. (2008). *Los Cuerpos Fragmentados*. Buenos Aires: Paidós.
- Carrillo, R. (1951). Plan Sintético de Salud Pública para la Argentina 1952-1958. Secretaría de Labor Parlamentaria del Congreso de la Nación.
- Donzelot, J. (s/f). El complejo tutelar. En www.iin.oea.org/Cursos a distancia/El complejo tutelar.pdf
- García-Viniegras, C. (2008). *Calidad de Vida. Aspectos Teóricos y Metodológicos*. Buenos Aires: Paidós.
- Gialdino, R (2000). Dignidad Humana y Derechos Humanos. En *Investigaciones de Derecho Comparado*, CSJN, 2/3, pp. 563.
- Kant, I. (1989). *Metafísica de las Costumbres*, Segunda parte. Principios de la doctrina de la virtud. Madrid: Tecnos.
- Menéndez, E. (2005). El Modelo médico y la salud de los trabajadores. En *Salud Colectiva* Vol 1 (1).