

## **Bibliografía**

### **Artículos:**

Santos Alcántara, M.: “Aspectos bioéticos del consejo genético en la era del proyecto genoma humano”, *Acta Bioethica*, 2004, año X, Nº 2, pp. 191-200.

### **Capítulos de Libros**

Moratalla, A. -Bennassar, B.: “Ética civil”, en Vidal, M. (ed.): *Conceptos fundamentales de ética teológica*, Madrid, Trotta, 1992, pp. 269-291

### **Libros**

Gracia, D. *Ética en los confines de la vida*, Bogotá, El Búho, 2000

## **Los derechos humanos como condicionantes de las políticas de salud mental**

Eduardo J. Vior  
Dr. en Ciencia Política\*

### **Introducción**

Ante las contradicciones entre las distintas políticas de salud mental que se aplican en Argentina en los distintos niveles, en esta ponencia se reflexiona desde una aproximación intercultural a los derechos humanos sobre las condiciones políticas para la realización del derecho humano a la salud mental.

En los últimos años se puede observar en Argentina un proceso de cambio en las políticas dirigidas a las personas con sufrimiento mental. Coexisten prácticas manicomiales, que se caracterizan por sus internaciones prolongadas con otras que conciben la salud mental como un problema estrictamente médico, junto a programas que se proponen la reinserción sociocultural de las personas con sufrimiento mental en coincidencia con las distintas declaraciones de derechos humanos de los organismos internacionales. Además las políticas neoliberales inspiradas por el Banco Mundial dieron en la década pasada más importancia a la reducción de costos que a los imperativos de cuidado de la salud y del bienestar de la población. Los efectos de estas políticas en el sector de la salud están siendo paliados desde 2003, pero todavía no están definitivamente superados. De todos modos pueden registrarse cambios respecto a las políticas aplicadas en la década pasada que podían caracterizarse como de “desresponsabilización” del Estado. Estos cambios plantean importantes desafíos: según en qué dirección y condiciones se procesen y qué intervención tenga el Estado, pueden conducir al reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas con sufrimiento mental o a nuevas formas de abandono y privatización de sus problemas.

En esta contribución se definen en primer lugar la aproximación intercultural a los derechos humanos y el concepto de derecho humano a la salud mental aquí aplicados. En segunda instancia se hace una propuesta metodológica para construir casos de no realización o

---

\* Profesor estable, *Maestría en Teoría y Metodología de las Ciencias Sociales* a cargo del Módulo “Teoría y Metodología de la Historia Política”, Universidad Nacional de Jujuy / Consultor independiente.

violación del derecho humano a la salud mental y se sistematizan las responsabilidades estatales resultantes. Finalmente, a modo de conclusiones, se formulan algunos requerimientos para la investigación científica y la formulación de políticas públicas en el área.

## **La aproximación intercultural a los derechos humanos y el derecho humano a la salud mental**

Las definiciones más corrientes sobre los Derechos Humanos dicen que los mismos son universales, innatos, inalienables e inseparables (Fritzsche, 2004:16-19). Por “innatos” se entiende aquí que todo ser humano, por el hecho de serlo, goza de Derechos Humanos. El problema comienza al discutirse qué se entiende por universalidad de los mismos. Desde las perspectivas predominantes (tanto la iuspositivista como la iusnaturalista y la utilitarista), Derechos Humanos son los que están codificados en la Declaración de 1948, en los pactos internacionales y regionales, así como en las convenciones sobre temas específicos. De este modo la universalidad de los Derechos Humanos se reduce a la expansión y vigencia en el mundo de los textos formulados en los últimos sesenta años bajo la hegemonía de los Estados Unidos y las demás potencias occidentales (Schissler, 2005). Ninguna de las tradiciones intelectuales anteriores y/o externas al ámbito de la cultura anglosajona habría estado alguna vez en condiciones de concebir derechos inalienables de la persona humana. Los Estados occidentales mantendrían así el monopolio de la interpretación sobre qué son Derechos Humanos, las violaciones de los mismos y cómo se las subsana. Más aún, debe concluirse que durante millones de años existieron sociedades humanas que no conocían los derechos inherentes a la dignidad de la persona humana. Hay que preguntarse pro consiguiente si los Derechos Humanos así formulados son derechos de toda la Humanidad o sólo de los blancos, varones, anglosajones, propietarios y protestantes que fueron el primer sujeto de los mismos.

Siguiendo a R. Fornet Betancourt (2000: 11-22; 2001: 28-36) – en esta contribución se propone por el contrario la siguiente posición: toda comunidad humana tuvo desde el origen de la Humanidad sistemas de valores, normas y símbolos que se dirigían a organizar la vida en común de acuerdo a criterios de dignidad de la persona humana. A pesar de las fronteras entre las culturas no parece posible que haya habido en la Historia alguna comunidad humana que no respetara como tales el derecho a la vida y el derecho a la resistencia a la opresión, dos derechos que se pueden considerar como núcleo de los Derechos Humanos, porque son comunes a toda la Humanidad en toda situación de la Historia.

Si cada cultura y cada civilización de la Historia ha tenido y tiene una noción de Derechos Humanos, es necesario descifrar el sistema de códigos y de símbolos con que se los expresa, traduciéndola a otros códigos, también determinados culturalmente, para dar cuenta de la universalidad de su vigencia.

Puede concluirse este paso de la argumentación con la constatación de que no existe universalidad de los Derechos Humanos sino en la contextualidad de su planteamiento. Esta constatación no vale sólo para la relación entre las culturas como un todo, sino también para la convivencia entre las personas y los grupos. Cada persona y cada grupo, en cada situación, tienen una percepción diferente de lo que es violación, riesgo o no realización de sus Derechos Humanos y, por lo tanto, diferentes necesidades y demandas que deben ser traducidas para ser compartidas. Sólo la multiplicación de las traducciones permanentes hace universal su vigencia.

En este punto puede modificarse parcialmente la caracterización inicial diciendo que los Derechos Humanos son universales y contextuales, innatos, inalienables, inseparables y sistémicos. Con esta última cualidad se quiere indicar que es necesario rechazar la tendencia hoy predominante a señalar un núcleo de Derechos Humanos, que muchos consideran

metahistóricos, del cual se deducirían los demás derechos. Todos los derechos incorporados por la comunidad internacional a los tratados y convenciones de Derechos Humanos tienen igual valor y deben ser considerados en su unidad e interrelación (Fornet-Betancourt, R., 2000 y Fornet-Betancourt, R. / Sandkühler, H. 2001). Sin embargo, por ser contextuales e inseparables, si bien en cada situación en la que algunos Derechos Humanos se ven afectados, lo están todos, la decisión pragmática sobre las prioridades para restablecer su vigencia sólo puede ser adoptada por la propia comunidad que sufre la carencia, el riesgo o la violación. No existen prioridades generales ni nadie desde afuera de la comunidad afectada tiene derecho a decidir sobre qué Derechos Humanos están concernidos. Lo máximo tolerable que se puede hacer desde afuera, es crear las condiciones para que los afectados puedan reconocer y hacer valer sus derechos, pero nunca suplantarlos. Lo contrario es caer en una actitud tutelar que puede llevar a una nueva dominación.

Si bien desde el inicio de las evoluciones de la Humanidad toda cultura, grupo o individuo ha contado con un repertorio de derechos humanos, éstos sólo se explican por la resistencia contra todas las formas de opresión y desubjetivación de las personas, los grupos y las culturas. Ambas tendencias son inherentes a la condición histórica del ser humano y están en permanente lucha.

El derecho humano a la salud mental, a su vez, está establecido en el art. 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 que entró en vigencia diez años más tarde (Subsecretaría de Derechos Humanos, 2001, pp. 121-129). Allí se dice en el apartado 1. que “los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Pero esta definición es parte de un desarrollo mucho más amplio y complejo.

En 1948 se fundó la Federación Mundial de la Salud Mental y ésta en su 40º aniversario adoptó la *Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental*<sup>1</sup>. Por su parte la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó en diciembre de 1991 la Resolución 46/119 sobre *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Su vez, la Organización Mundial de la Salud realizó una selección de los mismos enumerando y describiendo “10 principios básicos de las normas para la atención de la Salud Mental” (1996). Este documento detalla los componentes de cada principio y sugiere acciones a seguir para su ejecución. También la Organización Panamericana de la Salud adoptó en 1990 la *Declaración de Caracas: Derechos Específicos de los Enfermos Mentales* y en octubre de 2004 la *Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual*.

En general, estas declaraciones ponen el acento en el derecho del enfermo mental a ser tratado con el respeto y la dignidad propia de la persona humana, reconociéndoles derechos idénticos al resto de las personas (OPS, 1990: Art. 3, ONU, 1991: Principio 1). El concepto de dignidad busca poner fin a distintas situaciones de abuso, explotación, violencia física y psíquica, estigmatización, y discriminación como también experimentación médica o científica a la que se han visto expuestas las personas con discapacidad mental (OPS, 2004: 2). De acuerdo a esto se subraya el derecho de las personas con sufrimiento mental a vivir en

---

<sup>1</sup> El autor agradece la recopilación de antecedentes normativos internacionales y nacionales a la Lic. Carolina A. Cano, quien bajo su dirección está preparando su tesis de Maestría en Ciencias Sociales en la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires en Tandil con el título provisorio de “El derecho humano a la salud mental: problemas y perspectivas”. Los datos están extraídos de la ponencia con el título de “El derecho humano a la salud mental” que la colega presentó en abril de 2007 en el Ier. Congreso Latinoamericano de Derechos Humanos celebrado en la Universidad Nacional de Rosario.

su comunidad y ser atendidas en la misma (ONU, 1991: principio 3 y 7, OMS, 1990: principio 4).

Pueden observarse importantes avances al reconocerse la dignidad de las personas con sufrimiento mental, interpretarse el derecho a la salud en interrelación con otros derechos, definirse el tratamiento en base a la comunidad y señalarse la necesidad de establecer distintos mecanismos institucionales para garantizar estos derechos.

Desde la aproximación intercultural a los derechos humanos se subraya que los derechos económicos, sociales y culturales generan obligaciones del Estado (Abramovich/Courtis, 2000; Vior, 2005). Esto conduce a analizar las condiciones de vida de las personas con sufrimiento mental, sin limitar la discusión al fin de las internaciones prolongadas. Por el contrario hace posible examinar las condiciones de vida de las personas con sufrimiento mental, tanto de quienes permanecen internados como de los que viven en la comunidad, evaluando en qué medida se les garantiza un trato digno.

En este sentido la salud de las personas con sufrimiento mental es el elemento emergente de una compleja situación. Un buen estado de salud involucra, entre otras cosas, una mayor autonomía, la posibilidad del ejercicio de la libertad personal, las relaciones con los otros. La Declaración de Montreal coincide en este aspecto al reconocer que el derecho al máximo nivel posible de salud y bienestar físico y mental está ligado a los otros derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. “Para las personas con discapacidades intelectuales, como para las otras personas, el ejercicio del derecho a la salud debe hacerse asegurando la presencia de la inclusión social, un nivel de vida adecuado y el acceso a una educación inclusiva, a un trabajo justamente remunerado y a servicios integrados dentro de la comunidad” (OPS, 2004: Punto 4).

### ***Las políticas nacionales de salud mental en Argentina desde la década de 1990***

La base de las contrarreformas neoliberales de las políticas de salud se encuentra en el decreto nacional N° 1269/92 que incorpora una serie de propuestas implementadas con financiamiento del Banco Mundial. El decreto establece cuatro objetivos primordiales de las políticas de salud y las estrategias para alcanzarlos. El primer objetivo indica: lograr una salud para todos basada en los principios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad. Los otros objetivos son mejorar el acceso a los servicios, disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, redefinir el rol del sector salud del Estado nacional fortaleciendo la posición de los ministerios provinciales y de los municipios.

En las distintas estrategias planteadas se puede observar una preocupación primordial por la racionalización de los recursos económicos como forma de garantizar la calidad, eficacia y eficiencia del sistema. La atención se focaliza hacia los sectores más necesitados. Se redefine el papel de hospital público, se promueven las redes con otros sistemas de atención y se tiende a lo que se denomina como federalización y descentralización del Estado.

En el informe de la Organización Panamericana de la Salud titulado “*Transformaciones del sector salud en la Argentina estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997*”, de 1998, se citan y analizan todos los proyectos de reforma del sector de la salud en el periodo. Entre los más significativos pueden mencionarse el Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), la iniciativa “Hospitales Públicos de Autogestión” y la desregulación de obras sociales.

El Proyecto de Reforma del Sector de la Salud se propone mejorar la eficiencia y equidad en el sector promoviendo la complementariedad y competencia entre esos subsectores: el hospital público, las obras sociales y la medicina privada.

“El proyecto tiene tres componentes: estudios nacionales relacionados con la reforma del sector salud, experiencias pilotos con hospitales públicos de autogestión (HPA) y difusión nacional de la reforma y capacitación. El proyecto de reforma también incluye la elaboración de un catastro nacional de salud del total de los recursos disponibles en cada jurisdicción política, tanto públicos como privados y de las obras sociales que participan en la oferta de servicios de salud, determinando el equipamiento, los recursos humanos y los indicadores de producción” (OPS, 1998:27).

El decreto N° 578/93 sobre “Hospitales Públicos de Autogestión” tiende a la descentralización funcional de los hospitales, a su autofinanciamiento, a mejorar su capacidad de gestión y a elevar su eficiencia. Subraya el concepto de autofinanciamiento y el que la prestación de los servicios de salud se focalice en las personas que no tienen obra social ni recursos económicos para acceder a la salud de otra forma. Se espera que el “Hospital Público de Autogestión” desarrolle y fortalezca esquemas de gestión económica que le permitan funcionar autónomamente y desempeñarse en el sector prestador de servicios como una verdadera empresa, procurándose así el autofinanciamiento del hospital público (OPS, 1998:32-33).

Al leer estas propuestas puede concluirse que la búsqueda de equidad se encuentra íntimamente relacionada con la idea de “racionalizar el gasto en salud” y “optimizar los recursos”. En este punto hay que subrayar que el citado informe de la OPS realiza un análisis del funcionamiento microeconómico de los hospitales. Por ejemplo se tiende a la incorporación de nuevos actores (aseguradores) y a la creciente aparición de nuevos intermediarios y formas de contratación que originan cambios sustanciales en las relaciones con el sector privado. Estos análisis desde la perspectiva presupuestaria del sector de la Salud refuerzan la idea de que el objetivo buscado se relaciona con la racionalización de los recursos más que con una eficiente y eficaz prestación sanitaria a los pacientes. Como una estrategia también orientada a la racionalización de los recursos se pone énfasis en estimular la participación comunitaria.

Si se consideran los decretos que se sancionaron posteriormente, puede observarse que se avanza en la profundización de este modelo. Así el decreto N° 492/95 establece el “Programa Médico Obligatorio” y propone un reordenamiento de las obras sociales promoviendo un funcionamiento más eficiente de las mismas, por ejemplo propone la fusión de aquellas obras sociales que no cuenten con recursos suficientes para brindar a sus afiliados las prestaciones mínimas obligatorias. El decreto dice promover la justicia social procurando que la mayor parte de los recursos se destine a las personas más desprotegidas.

Finalmente el decreto N° 939 del año 2000 crea el régimen de “Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada”, que reorganiza el sistema de salud tomando como base la propuesta de “Hospitales Públicos de Autogestión”. Como objetivos se plantea incrementar los presupuestos hospitalarios mejorando los mecanismos de cobro de los hospitales a beneficiarios de otros subsistemas de salud, fomentar la gestión eficiente y racional de la salud y mejorar los niveles de acceso de la población sin cobertura. Este régimen promueve, entre otras cosas, la figura del médico de familia o cabecera y la participación comunitaria en el control de acceso a los servicios de salud y la calidad de los mismos. Mediante un Fondo de Redistribución Solidario privilegia la prevención y promoción de la salud.

Como una forma de racionalizar los recursos, en el año 2002 se aprueba un conjunto de prestaciones básicas esenciales (Resolución 201/2002) vigente hasta superar la situación de emergencia sanitaria, con el objeto de resolver con un espíritu solidario los problemas más frecuentes de la práctica médica. Se focaliza la atención en la protección de la salud de los

grupos más vulnerables como embarazadas, niños en edad escolar, mayores de sesenta y cinco años y otros reglamentados por leyes especiales.

Se apuesta a la atención primaria de la salud:

“Por tanto se sostienen los principios de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas y por tanto reforzar los programas de prevención. Brindar una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de los cuidados de los beneficiarios y donde los mismos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los demás proveedores de servicios obligándose a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud la recuperación de la misma y la rehabilitación” (Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, Resolución 201/2002).

Estas políticas se orientan a que cada comunidad (municipios e incluso familias) se haga responsable de la salud de cada uno de sus miembros. En otras palabras, tiende a descentralizar y responsabilizar de la atención de la salud a los sectores más próximos a la comunidad. Esto se oculta detrás de los principios de equidad, solidaridad, eficacia, y calidad.

En cuanto a las políticas en salud mental puede observarse también un objetivo de racionalizar el gasto, estableciendo las prestaciones básicas y delegando responsabilidades en las familias.

La ley 24901 (Honorable Congreso de la Nación, 1997) establece las obligaciones para las obras sociales y para el Estado, cuando la persona discapacitada no tiene obra social y/o su familia no puede cubrir las necesidades de la persona. Se establece un sistema de prestaciones básicas que contempla acciones de prevención, asistencia, promoción y protección tendientes a brindar capacitación y formación de las personas con discapacidad para su reinserción social. Así el artículo 37 de la ley 24901 establece que la atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolle dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprenda la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos, ya sean éstos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación. Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad tratamientos integrales, psicofísicos y sociales que aseguren su rehabilitación e inserción social.

El sistema de “Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las personas con discapacidad” (1999)<sup>2</sup> prevé distintas modalidades de atención (centro terapéutico, centro

<sup>2</sup> La Ley 24.901: instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las Personas con Discapacidad. El Decreto N° 762/97 crea el Sistema Único. A su vez, el Decreto N° 1193/98 armoniza su texto con el Decreto N° 762/97 y reglamenta la Ley. La Resolución APE N° 400/99, del 16/2/99, establece el programa de cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad para los beneficiarios de las Leyes 23.660 y 23.661. Finalmente la Resolución 428/99 crea el “Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad” describiendo características, alcances y aranceles de los Prestadores reconocidos por el Sistema Único. El objetivo manifiesto del Sistema es “(...) asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante el desarrollo de un sistema de integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática, en el ámbito nacional” ([http://intranet.sisdig.gov.ar/intranet-bin/webdriver?MIval=menu\\_pub](http://intranet.sisdig.gov.ar/intranet-bin/webdriver?MIval=menu_pub), 30-05-08).

educativo, centro de rehabilitación). Los discapacitados mentales que se encuentren imposibilitados de recibir educación o rehabilitación deben orientarse a servicios específicos como clínica psiquiátrica, hospital de día o comunidad terapéutica. La permanencia en estas instituciones está limitada a la posibilidad de que la persona con discapacidad alcance los objetivos propuestos. Por el contrario, si el beneficiario presenta signos de estancamiento, debe orientarse a otro tipo de servicios. Es decir que las instituciones se caracterizan por realizar intervenciones breves en el tiempo subrayando así la premisa de que el discapacitado viva en su comunidad. Del mismo modo aquellos casos que presenten necesidades asistenciales básicas insatisfechas (sin familia o hábitat) deben orientarse hacia servicios asistenciales que contemplen esta cobertura (Pequeños Hogares - Residencias - Hogares, etc.). En estas instituciones las pautas de egreso son las siguientes: cambios en el desarrollo psicofísico que dificulten la convivencia, cambios en el entorno sociofamiliar y/o dificultades en la convivencia con otros residentes.

Tanto la ley 25421 (Honorable Congreso de la Nación, 2001) como el Plan Nacional de Salud Mental creado por ella propician la atención primaria de la salud mental. A través de ésta se promueve la reinserción social y un aumento considerable en la responsabilidad de las familias ante problemas de salud mental. Se apuesta a que la persona con sufrimiento mental sea atendida en su comunidad, conservando y reforzando los vínculos con su familia y su medio social.

Por otra parte, por su carácter limitado en el tiempo las prestaciones mínimas en el área de salud mental establecidas en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, establecido por la Resolución 201/2002, transfieren claramente las responsabilidades a las familias. Entre éstas se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludable, actividades que tiendan a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil, etc. Asimismo se garantizan treinta visitas por año-calendario que no pueden exceder las cuatro mensuales. Entre estas visitas se consideran la entrevista psiquiátrica, la psicológica, la psicopedagógica, la psicoterapia individual o grupal y la psicoterapia de familia o de pareja. En cuanto a la internación, se cubren hasta treinta días por año en clínica psiquiátrica u hospital de día.

Si bien el Plan Federal de Salud vigente desde 2004, que incluye explícitamente la Salud Mental, pretende concentrar y articular los esfuerzos estatales y privados, nacionales, provinciales y municipales, la enumeración de problemas sobre la que se basa demuestra que aún no se han superado completamente los esquemas ideológicos de la década anterior: “fragmentación, ineficiencia en el uso de los recursos, inequidades inter- e intraprovinciales, (...) desigualdad en la cobertura, variabilidad en la calidad (...)” (Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, 2004, p. 16).

En la Metodología para el período 2004/2007 se propuso “a) adoptar la estrategia de atención primaria de la Salud como organizador del sistema; b) desarrollar instrumentos que favorezcan una creciente equidad en el acceso y el financiamiento de la salud y c) implementar mecanismos de competencia regulada de sistemas y servicios (Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, Consejo Federal de Salud, *Bases del Plan Federal de Salud*, [http://www.msal.gov.ar/hm/site/pdf/Plan%20Federal%20de%20Salud.ppt#303,1,Diapositiva\\_10](http://www.msal.gov.ar/hm/site/pdf/Plan%20Federal%20de%20Salud.ppt#303,1,Diapositiva_10), 24-05-2004)”. Todavía hoy sigue figurando como Plan Nacional de Salud Mental el adoptado en 1998.

Como caso particular de un desarrollo incipiente pueden citarse los fundamentos de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires del 27 de julio de 2000:

“Artículo 1° — (Objeto) La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 2° — (Principios) La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en:

a) Lo establecido por la Ley Básica de Salud N° 153 en el Artículo 3° y en el Artículo 48 Inc. c) ;

b) El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable.

La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-sociocultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo;” ([http://www.buenosaires.gov.ar/areas/leg\\_tecnica/boletines/20000907.htm#02](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/leg_tecnica/boletines/20000907.htm#02), 4-06-08)

Sería necesario hacer un relevamiento completo de la normativa adoptada en los últimos años y un seguimiento de su aplicación y sus efectos para tener un panorama completo en la materia. Sin embargo, lo ya dicho permite concluir provisoriamente que, si bien hay intentos por modificar el sentido de las políticas en Salud Mental, todavía no se ha elaborado y aplicado un conjunto de medidas basadas en la realización del derecho humano a la Salud Mental.

### ***Cuestiones metodológicas para la categorización y realización del derecho humano a la salud mental***

Analizando específicamente las discusiones sobre la vigencia de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales puede verse que muchos autores y políticos argumentan por un lado que no puede obligarse a los Estados a realizarlos, si no se verifica una violación de los mismos y se identifica al responsable. Esta sería la tesis “garantista”. Por el otro lado, a veces complementariamente, especialmente los representantes de los Estados, argumentan en foros internacionales que obligar a los Estados a realizar los DESC acarrearía costos insostenibles. El problema de la causalidad/responsabilidad para la no satisfacción de Derechos Económicos, Sociales y Culturales está planteado desde el inicio de las discusiones al respecto. ¿Cómo determinar quién es responsable por el desempleo masivo?, se argumenta. O ¿cómo determinar cuál es el “más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12 del PIDESC)?

Efectivamente, en la mayoría de los casos se puede constatar la no vigencia de los DESC, pero no establecer fehacientemente una cadena de causalidades y responsabilidades que conduzca a identificar al culpable por su violación. Ante esta constatación se propone en esta contribución una aproximación pragmática no excluyente de la anterior. Se plantea la necesidad de determinar precisamente qué derechos están afectados y quién tiene la responsabilidad por su satisfacción. Identificado el responsable se hace posible demandarle el cumplimiento de su obligación. Si no lo hiciera, se estaría convirtiendo en culpable por la afectación del derecho concernido.

Como corolario de este planteo las preguntas que se intentan responder en este apartado son las siguientes: ¿Cómo se pueden precisar carencias y/o incumplimientos del Derecho Humano a la Salud Mental de modo de reconocer las necesidades insatisfechas y generar obligaciones estatales y/o internacionales para satisfacerlas? ¿Cómo se puede determinar quién o quiénes es/son el/los responsable/s de satisfacerlas?



Para responder a ambas preguntas se propone primero exponer el método situacional de Rolf Künneemann, luego el de construcción y análisis de casos de Alcira Bonilla y sacar las conclusiones pertinentes para la elaboración de políticas públicas.

Rolf Künneemann es Director de Derechos Humanos de la organización no gubernamental internacional FIAN (Food First Information & Action Network, www.fian.org) con sede en Heidelberg, Alemania. Esta organización lucha por la realización del Derecho Humano a una alimentación adecuada contemplado en el art. 11° del PIDESC. Para ello llevan adelante distintas iniciativas en diversas partes del mundo para posibilitar que los campesinos accedan a la propiedad de la tierra, para favorecer la pequeña y mediana agricultura, la comercialización directa de las cosechas y de los productos frutihortícolas y un mejor acceso a créditos baratos para pequeñas explotaciones campesinas.

En cuatro artículos de fondo (1993; 1994; 1996 y 2002) y en un sinnúmero de tomas de posición públicas Künneemann parte de la constatación de que en la mayoría de los casos no es posible identificar a un responsable (grupo o persona) por la no realización de este Derecho Humano y, sin embargo, la evidencia empírica es que muchos cientos de millones de personas en el mundo pasan hambre y que el mismo disminuye si se fortalece la economía campesina. Para poder tratar esta diversidad de situaciones desde el punto de vista de los Derechos Humanos propone diferenciar entre distintos tipos de afectación de los mismos<sup>3</sup>:

- 1) La violación directa de uno o más Derechos Humanos por un agente estatal, internacional y/o privado.
- 2) Una situación de riesgo para los Derechos Humanos como la que puede implicar, por ejemplo, la inseguridad pública.
- 3) Un tipo de situación en la que, si bien nadie está violando directamente los Derechos Humanos ni existe un riesgo inminente de violación, puede constatarse que uno o varios no están satisfechos.

Consecuente con el principio de que “a cada necesidad insatisfecha le corresponde un derecho”, R. Künneemann concluye de esta constatación que a cada situación tipo le corresponden un derecho de las personas y/o grupos afectados/as y una responsabilidad del Estado y/o la comunidad internacional:

- a) A una violación de los Derechos Humanos le corresponde el derecho de la persona al subsanamiento del daño, a que los culpables sean castigados y a una reparación adecuada. Este derecho supone que el Estado y/o la comunidad internacional se hagan cargo de su responsabilidad política, policial, administrativa y jurídica.
- b) A una situación de riesgo para los Derechos Humanos le corresponde el derecho de las personas a que el Estado y/o la comunidad internacional tomen las medidas adecuadas de prevención. Si el problema es la inseguridad pública, el Estado debe garantizarla antes de que se produzcan daños para bienes y personas. Si el problema es, por ejemplo, el riesgo de inundación, el Estado debe prevenirla realizando las obras defensivas pertinentes y ofreciendo a las poblaciones ribereñas alternativas habitacionales protectoras.

---

<sup>3</sup> La exposición de las ideas de Künneemann se hace de modo sistemático, por lo que no es posible referir cada pasaje a los correspondientes en los textos del autor. Se recomienda consultar especialmente los textos de 1996 y 2002.

- c) A una situación de no realización de Derechos Humanos le corresponde el derecho de las personas y los grupos a exigir que el Estado y/o la comunidad internacional adopten las medidas pertinentes para que sus derechos sean satisfechos a la brevedad posible. Esto implica que los agentes gubernamentales adopten un conjunto de medidas destinadas a satisfacer la integridad de los Derechos Humanos de la población.

Esta conclusión plantea distintos problemas: en primer lugar, dadas la unidad e interrelación intrínsecas a los Derechos Humanos, en ninguna situación tipo es posible reconocer un único Derecho Humano conculcado, sino un conjunto de ellos. Se plantea por lo tanto el problema de las prioridades: ¿qué Derecho Humano satisfacer primero y hasta qué punto sin descuidar los otros afectados? Para esta pregunta no existen respuestas universales, sino contextuales. En cada situación concreta cada sociedad o grupo humano debe decidir de acuerdo a sus valores, normas y sistemas simbólicos orientadores cuáles son sus prioridades.

Hay que considerar también que la responsabilidad impuesta a los Estados y a la comunidad internacional para poner en práctica políticas y medidas que satisfagan los Derechos Humanos afectados o no realizados implica un mandato ético-político a largo plazo que reduce las posibilidades de elección de los gobiernos. Por esta razón es preciso contar con sus resistencias a llevar adelante este tipo de políticas de Derechos Humanos. Mucho más enérgicamente se plantea el problema de la resistencia de minorías (a veces mayorías) beneficiadas por la situación de injusticia reinante (por ejemplo en situaciones de discriminación contra grupos especialmente vulnerables). Más allá del razonamiento del autor puede concluirse que los Derechos Humanos se convierten por esta vía en la escena discursiva de las luchas por el poder y la legitimidad globales. Este es un tema que tampoco está profundizado en la teoría política.

En este punto de la argumentación Künnemann llama la atención sobre un aspecto ulterior de la unidad de los Derechos Humanos: una concepción tan amplia de la realización de los DESC como la que él propone, supone necesariamente introducir reformas institucionales que modifiquen las condiciones de ejercicio de los DCP. Es decir que no es posible realizar los DESC sin modificaciones en la estructura del Estado, del orden político internacional y de la democracia.

Otro aspecto resultante de la argumentación de Künnemann es que también hay que tener en cuenta la dificultad que plantea la evaluación de dichas políticas de realización de los DESC. ¿Quién está autorizado para decidir si las medidas adoptadas conducen o no a la satisfacción de los Derechos Humanos antes no realizados? ¿Con qué criterios hacerlo? A estos planteos sólo se puede responder con más democracia y con profundas y abarcadoras discusiones sobre el orden político y social deseado por la mayoría de la población. Sólo una participación amplia y horizontal de toda la comunidad y de las comunidades vinculadas puede asegurar que la evaluación de las políticas adoptadas para realizar los Derechos Humanos sea aproximadamente objetiva y realista.

Künnemann llama finalmente (1993:5-6) la atención sobre un problema habitualmente descuidado en las políticas de Derechos Humanos: "Realization is the combination of implementation and enforcement". Es decir que la realización de los Derechos Humanos requiere una voluntad política capaz de imponerlos aun contra la resistencia de fuerzas opresivas. Esta voluntad conduce a movilizar otras para formar opinión, integrarlas y organizarlas, reunir la fuerza necesaria y, si no es posible alcanzar los fines de los Derechos Humanos por la persuasión, hacerlo por la fuerza. En este punto se plantea a juicio del lector la cuestión de hasta qué punto la realización de los Derechos Humanos autoriza a aplicar la fuerza. Tampoco aquí pueden darse respuestas generales; valga sólo como límite señalar que

la fuerza sólo puede aplicarse en defensa propia o de los más oprimidos y que su aplicación no debe producir efectos que sean más dañinos que el beneficio que se tendrá con su vigencia.

Puede observarse la importancia que Künnemann le otorga a la tipificación de las situaciones de afectación de los Derechos Humanos. Sin embargo en sus textos no parece haberle dado nunca una mayor importancia al tratamiento del modo en que situaciones específicas de afectación de los Derechos Humanos se convierten en típicas. Esta cuestión metodológica es tanto más importante cuanto que condiciona la decisión sobre las políticas para realizar estos derechos y cumplir con las responsabilidades estatales.

En esta contribución se propone para resolver esta cuestión acudir al uso del método de construcción y análisis de casos elaborado por Alcira B. Bonilla (2002, 2003; 2004a; 2004b; 2006). A partir de distintas discusiones en la Ética Ambiental y en la Ética Gerontológica A. Bonilla ha elaborado un modelo de construcción y análisis de casos también aplicable a la tipificación de situaciones de afectación de los Derechos Humanos, mucho más cuanto que en la última de las publicaciones citadas también lo ha aplicado al estudio de la relación entre miembros femeninos de la comunidad de origen boliviano en Buenos Aires y representantes de la mayoría social.

El presupuesto filosófico intercultural de este método es la triple definición de autonomía moral que P. Ricoeur hizo en uno de sus últimos trabajos como “autonomía para decir, para obrar y para construir narrativamente la propia historia personal o grupal” (Ricoeur, 2001:85-105). En el aspecto considerado en esta contribución interesan especialmente aquellos pasajes de la narración en los que el relator se pone en relación con el Estado y la mayoría social. Dado que rara vez una narración singular encierra todos los motivos de afectación de Derechos Humanos, demanda al Estado y responsabilidad del mismo, la misma puede construirse como un *collage* a partir de combinar historias diversas. Es importante que esté bien circunstanciada, para que sea posible reconocer los valores, normas y representaciones simbólicas así como las responsabilidades de los distintos actores involucrados, que incluya a la persona o grupo afectado y al Estado u organismos estatales y/o de carácter público y que, abarcando un lapso significativo, permita hacer inferencias sobre la persistencia, regularidad y reiteración del fenómeno.

Una narración así construida permite generalizar las relaciones que describe y proponerlas como típicas en la medida en que se repitan las condiciones que dieron origen a la afectación caracterizada. De este modo se hace posible construir las situaciones típicas de afectación de los Derechos Humanos en el sentido deseado por R. Künnemann.

La ventaja de este método reside en su concreción: en lugar de aplicar esquemas rígidos, obliga a analizar cuidadosamente cada situación para resolver en qué tipo se encuadra o si se hace necesario construir uno nuevo. También impone la necesidad de adentrarse en la comprensión de mentalidades distintas de las académicas y burocráticas, traducirlas y crear “zonas de comprensión mutua” que permitan el diálogo y la solución en conjunto de los problemas.

La desventaja, o mejor dicho el esfuerzo especial que este método demanda, es la imposibilidad de concebir la realidad con esquemas prefijados o de determinar desde afuera de la comunidad afectada qué Derechos Humanos están afectados y cuál es la solución superadora. Este método despoja al investigador de su aureola académica obligándolo a construir “zonas de entendimiento y diálogo” inter- e intracultural.

## **Conclusiones: la realización del derecho humano a la salud mental es políticamente posible y deseable**

Algunos de los cambios en las políticas de salud mental adoptados en los últimos años han producido un avance en cuanto al reconocimiento de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental. Sin embargo todavía no está definido que signifiquen el reconocimiento definitivo de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas con sufrimiento mental. En gran parte todavía representan nuevas formas de “racionalización del gasto”, privatizando la preservación y atención de la salud mental haciendo responsables principalmente a los individuos que deben encargarse por sí solos de la preservación de su salud mental pagando caros tratamientos privados o, en caso de sufrimientos mentales agudos, a las familia de los enfermos.

La opción por la realización del derecho humano a la salud mental requiere primero que el Estado asuma su responsabilidad por las violaciones de los derechos humanos de los pacientes con sufrimientos mentales reparando los despojos de bienes y derechos a los que se ha sometido durante décadas a los manicomializados, garantizando el acceso general y gratuito a la atención de toda la población en salud mental, la prevención de padecimientos mentales mediante controles tempranos y periódicamente repetidos, el sostenimiento y acompañamiento de las familias de los pacientes y la consideración de este derecho como un eje transversal de todas las políticas públicas para disminuir los riesgos sociales de padecimiento mental.

La dirección e intervención enérgica del Estado sin embargo no puede remplazar la responsabilidad que deben asumir los distintos actores comprometidos en la cuestión. Además de una política de Estado la realización del derecho humano a la salud mental implica un cambio cultural en la definición, percepción y atención de los padecimientos mentales.

La investigación científica se ve confrontada con el problema de la redefinición de las patologías en un contexto de crecientes intercambios interculturales y desigualdad que desaconseja seguir utilizando definiciones de manual. Redefinir los conceptos de “salud” y “enfermedad mental” implica poner en discusión los conceptos de “realidad social y cultural”, los valores y normas predominantes y los horizontes de bienestar de los componentes de nuestra sociedad.

Para ello es recomendable combinar desde una perspectiva intercultural la descripción histórica con el análisis cuantitativo y cualitativo. Para éste último se ofrece como método privilegiado la construcción y el análisis de casos. De este modo es posible abstraer las particularidades del ejemplo individual, reconstruir el horizonte simbólico de definición de la salud y la enfermedad y las responsabilidades atribuidas a cada uno de los actores políticos y sociales. Sin perder de vista las necesidades y los intereses de quienes sufren, puede llegarse así a la formulación de una política de salud mental basada en el objetivo central de los derechos humanos: cuidar la dignidad de la persona vulnerada.

## **Bibliografía**

### **a) Libros y artículos:**

- Abramovich, V. / Curtis, C.: “¿Los derechos sociales son exigibles?”, en: *Hechos y Derechos* N° 7, pp 7-32, 2000.
- Bonilla, A.B., “El empleo de casos en la enseñanza de la filosofía práctica: pros y contras”, en: IXas. Jornadas sobre la Enseñanza de la Filosofía, *Coloquio Internacional: Homenaje a Guillermo Obiols*, Buenos Aires, Biblos, 2002.

- Bonilla, A.B., *Cuestiones éticas que se plantean a partir de casos de violencia contra personas ancianas*, manuscrito, gentileza de la autora, 2003.
- Bonilla, A.B., *Casos e historias en la enseñanza de la ética*, manuscrito, gentileza de la autora, 2004a.
- Bonilla, A.B., *El empleo de casos en la enseñanza de la ética*, manuscrito, gentileza de la autora, 2004b.
- Bonilla, A.B., „Autonomía moral entre limones y colectivos: la construcción identitaria de las ‘mamacitas’ bolivianas en Buenos Aires”, en: Wehr, Ingrid (ed.), *Un continente en movimiento: migraciones en América Latina*, Madrid / Frankfurt a.M., Iberoamericana / Vervuert, 2006, pp. 143-158.
- Cano, C.A., „El derecho humano a la salud mental”, ponencia presentada ante el *Ier. Congreso Argentino y Latinoamericano de Derechos Humanos* celebrado en la Universidad Nacional de Rosario del 11 al 13 de abril de 2007.
- Fornet-Betancourt, R. “Einführung”, en: id. (Hrsg.), *Menschenrechte im Streit zwischen Kulturpluralismus und Universalität*, Frankfurt a.M., IKO, Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 2000, pp. 11-22.
- Fornet-Betancourt, R. / Sandkühler, H.-J. (Hrsg.), *Begründungen und Wirkungen von Menschenrechten im Kontext der Globalisierung*, Frankfurt a.M., IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 2001.
- Fritzsche, K.-P. *Menschenrechte*, Padeborn et al., Ferdinand-Schöningh-Verlag, 2004.
- Künnemann, R., *The Unity of Human Rights*, 1993, [www.fian.org](http://www.fian.org), 12-10-2002.
- Künnemann, R., *El derecho a alimentarse – qué es y por qué FIAN lo usa*, 1994, [www.fian.org](http://www.fian.org), 12-10-2002.
- Künnemann, R., *Six Lectures on the Right to an Adequate Standard of Living (Food, Housing, Health, Social Security)*, Heidelberg, FIAN, 1996.
- Künnemann, R. *Nine Essays on Economic Human Rights (1993-1997)*, Heidelberg, FIAN, 2002.
- Ricoeur, P., *Le Juste 2*, Paris, Esprit, 2001.
- Schissler, J., „Menschenrechte zwischen Univesalismus und Kulturrelativismus“, en: Landeszentrale für Politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.), *Menschenrechte, Der Bürger im Staat, 55. Jahrgang, Heft 1/2*, Stuttgart, 2005, pp. 26-30.
- Subsecretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (comp.) *Derechos Humanos, Instrumentos internacionales con rango constitucional – Art. 75 inc. 22 de la Constitución de la República Argentina*, Buenos Aires, Programa de fortalecimiento institucional, 2001.
- Vior, E.J., “Los derechos especiales en la Constitución de 1949 desde una perspectiva intercultural de los derechos humanos”, en: Hugo E. Biagini / Arturo A. Roig (dir.), *El pensamiento alternativo en la Argentina del siglo XX – Tomo II: Obrerismo, vanguardia, justicia social (1930-1960)*, Buenos Aires, Ed. Biblos, 2006, pp. 191-208.

## **b) Declaraciones de organismos internacionales**

- Federación Mundial de la Salud Mental (FMSM), *Declaración de los Derechos Humanos y la Salud Mental*, Auckland (Nueva Zelanda), 1989.

- Honorable Congreso de la Nación Argentina, Ley 24.901, instituyendo el Sistema de Prestaciones básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, 1997.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina, Ley 25.421, instituyendo el Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental y designando al Ministerio de Salud como organismo de aplicación, 2001.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, Asamblea General de Naciones Unidas, Resolución 217 A, 1948.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la salud mental*, Asamblea General de Naciones Unidas, Resolución 46/119, 1991.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y programa de Acción de Viena*, Asamblea General de Naciones Unidas, Viena, 1993.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *10 principios básicos para la atención de la salud mental*, 1996.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Declaración de Caracas Derechos Específicos de los Enfermos Mentales*, 1990.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Transformaciones del sector salud en la Argentina: estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997*, 1998.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual*, 2004.
- Presidencia de la Nación Argentina, Ministerio de Salud, Resolución 201/2002, 19-04-2002.
- Presidencia de la Nación Argentina, Ministerio de Salud, Consejo Federal de Salud, *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*, 2004.