



Asamblea Permanente por los Derechos Humanos

Asociación Civil
Estatus Consultivo Especial ante el ECOSOC de la ONU
Organización acreditada en el registro de OSC de la OEA

Av. Callao 569 3º cuerpo 1º piso (C1022AAF), Buenos Aires, Argentina
Tel. (54 11) 4372-8594 / 4373 0397 - Fax (54 11) 4814-3714
e-mail: apdh@apdh-argentina.org.ar / sitio web: www.apdh-argentina.org.ar

Jornadas Nacionales de DDHH en Córdoba

DECIR LO INDECIBLE

Pensar, intervenir, aportar desde la perspectiva de los derechos humanos

25 y 26 de agosto de 2017

Eje temático: Salud Mental y Derechos Humanos

PRÁCTICAS DE SALUD MENTAL EN CLAVE DE DERECHOS HUMANOS

Verónica Laplace

Las luchas en Salud Mental...son parte de las luchas por la igualdad.

Emiliano Galende, 2017

¿Qué decimos cuando hablamos de Salud Mental?

Sabemos que las prácticas de salud mental conforman parte de un campo en donde la heterogeneidad aún continua siendo la regla, heterogeneidad sustentada en las diferentes disciplinas, en sus diversos modos de comprender el malestar y en las formas de tratarlos (Galende, 2008). El desafío es avanzar hacia una coherencia del campo de la salud mental, nos advierte Emiliano Galende, coherencia epistemológica y metodológica que integre los saberes y las prácticas en juego. En este sentido, considero que estos espacios (jornadas, congresos, etc.) constituyen uno de los ámbitos propicios y necesarios para repensar nuestras acciones y puntualizar aquellos valores que se han propuesto desde Salud Mental: el sufrimiento de las personas no constituye enfermedad sino, justamente, síntomas subjetivos del malestar psíquico que deberían ser atendidos por equipos de distintas disciplinas con intervenciones de tipo psicosocial y con participación de quienes padecen el trastorno, su familia y la comunidad (Galende, 2008).

Sabemos que el giro hacia Salud Mental comienza con la política establecida por la Resolución de la Asamblea de la OMS en 1953 y se va consolidando a través de documentos centrales como la Carta de Ottawa, la declaración de Caracas, la Resolución de la Asamblea de Naciones Unidas de 1991 y otras, hasta llegar en Argentina a la Ley 26657 que plasma la responsabilidad del

Estado frente a las personas con sufrimiento mental (Galende, 2015). *Plexo normativo que abrevia en décadas de valiosas experiencias argentinas y se apoya en el respeto de nuestro país a las convenciones internacionales que ha suscripto*, tal como menciona Ángela Cardella (2016), y que fundamentalmente, aboga por el respeto de los derechos humanos de quienes presentan padecimientos subjetivos, asegurando, asimismo, el derecho a la protección de salud mental de todas las personas (art. 1º de la Ley Nacional de SM 26657).

Vale recordar el decir de Angel Barraco en cuanto a una *riquísima historia de nuestro país que incluye nombres ilustres, como los de Enrique Pichon Rivière, Mauricio Goldenberg, Armando Bauleo, Fernando Ulloa, Valentín Barembliit, Vicente Galli y tantos otros que bregaron por un avance transformador en el campo de la salud mental. En el marco de sus experiencias se intentó superar un retrógrado modelo de atención, históricamente basado en el encierro y la transgresión de los derechos humanos de las personas asistidas y que, cabe reconocer, aún persiste. Esta historia es también parte activa y fundante del espíritu de las leyes de salud mental que han sido sancionadas a partir del inicio del siglo XXI* (Cardella, 2016).

La Ley 26657 define en su artículo 3 a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. *Esta definición de salud mental es en sí un posicionamiento que implica superar los modos de pensamiento hegemónicos en relación a la salud y a la enfermedad para pasar a incluirla en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, quedando incluida la dimensión subjetiva: el relato y la experiencia de quien padece* (ADESAM, 2017).

Las prácticas de salud mental como prácticas de Derechos Humanos

Las prácticas de salud mental, en tanto praxis, se encuentran sujetas al modo de conceptualizarlas, a la trama histórica y socio-cultural en la que se desarrollan y a la coyuntura social, política y económica en la cual se emplazan. Es por ello, que el retorno del discurso neoliberal y el retroceso en las Políticas Públicas en Salud Mental nos convocan no sólo a defender y a hacer soporte de todo aquello que había sido conquistado durante años de lucha de diversos colectivos humanos, sino también a repensar nuestra posición como trabajadores de salud mental.

Ahora bien, ¿qué significa para nosotros/as, profesionales de la psicología, trabajar con enfoque de derechos humanos? ¿Qué saberes, prácticas o dispositivos se requieren para llevar adelante cuidados de salud mental en clave de derechos humanos? ¿Cómo pueden las prácticas de Salud Mental generar oportunidades para la potenciación de procesos de empoderamiento cívico y emancipación social? No pretendo en este modesto artículo responder a estas preguntas, sólo trato de instalar cuestiones para abrir debates acerca de nuestro lugar como agentes de transformación en un campo de prácticas sociales de amplia complejidad y heterogeneidad.

En primer lugar, es imprescindible considerar a las prácticas de Salud Mental como prácticas de derechos humanos en tanto se han constituido en respuesta a prácticas psiquiatrizantes, violatorias de los derechos de las personas con padecimientos subjetivos. Siguiendo el pensamiento de Alicia Stolkiner, se trata pues de prácticas subjetivantes cuyos actores y fuerzas tienden a la defensa de la vida; y se oponen al fenómeno de la objetivación que pretende anular al sujeto de derecho en cuanto la forma que adquiere en salud es la medicalización (proceso por el cual cada vez más esferas de la vida van siendo consideradas ámbito de intervención disciplinar) y la mercantilización (tendencia a subordinar todos los aspectos de la vida e inclusive la vida misma a la acumulación y concentración de la riqueza). Claramente, prácticas desubjetivantes y antagónicas a la vigencia efectiva de los derechos.

Sin embargo, no es posible soslayar que *el constructo “derechos humanos” entraña, en sí, en su origen y en su potencialidad, una paradoja que permite situarlo tanto del lado de las políticas transformadoras como de las de dominación* (Stolkiner, 2010).

Breve recorrido del concepto Derechos Humanos

Generalmente, cuando hablamos de derechos humanos pensamos en todos aquellos momentos históricos en los cuales el estado los ha anulado, pensamos ciertamente en el *Terror de Estado*, momentos oscuros de nuestro país y de muchas otras naciones cuyos pueblos han visto cercenadas sus posibilidades de autonomía y dignidad, quebrantados sus cuerpos, sus ideas y sus historias. Tendemos a pensar los derechos humanos, únicamente, como derecho a la libertad, a la paz, a la identidad, a poder votar, a pensar y opinar libremente, en definitiva, nuestro derecho a la vida. Por supuesto, son estos nuestros derechos personalísimos, derechos que nos corresponden por el mero hecho de ser humanos y sin embargo, no siempre ni para todos fueron posibles de ser ejercitados. Recordemos que en los inicios de la modernidad, la proclama de los derechos del hombre sólo abarcaba a sujetos adultos, varones, blancos, propietarios, cuerdos y heterosexuales. Creando en el mismo momento de su declamación, las excepciones: mujeres, niños, locos, pobres, los pueblos colonizados, los que se sustraían a la "normalidad" sexual. En este sentido, Stolkiner toma a un autor llamado Marcelo Raffin para señalar que los derechos humanos son una de las invenciones más sorprendentes y paradójicas de la modernidad. De tal forma, no todos hablan de lo mismo cuando hablan de DDHH. Siguiendo a Alicia, hay una concepción de derechos humanos fuertemente liberal centrada básicamente en los derechos del individuo y en las llamadas libertades políticas que sólo incluía a quienes enunciaban estas ideas, es decir, se generaban las excepciones, sujetos que no entraban en la categoría de estos derechos. Aún hoy, algunos sostienen este pensamiento, quizás no en cuanto a los derechos civiles y políticos pero sí con respecto a los llamados derechos de segunda generación: los derechos económicos, culturales y sociales, aquellos que requieren de políticas específicas para su implementación por parte de los estados, entre ellos tenemos el derecho a la salud.

Por otro lado, Boaventura De Sousa Santos nos comenta que los derechos humanos han tomado el relevo de las políticas socialistas y si bien se gestaron, en buena parte, con el lenguaje hegemónico de los sistemas internacionales de derechos, pueden convertirse en procesos contrahegemónicos y de resistencia. *Cuestiona, asimismo, la idea de universalidad, a la que considera una característica cultural de occidente, y plantea que los derechos humanos pueden ser concebidos como un localismo globalizado o, por lo contrario, como una forma de cosmopolitanismo. Para poder operar como una forma cosmopolita y contrahegemónica de globalización, afirma, deben ser reconceptualizados como multiculturales* (Stolkiner, 2010).

Más allá de estas importantes disquisiciones teóricas, es interesante mencionar que *los derechos humanos trascienden su origen limitado, meramente jurídico, para convertirse en una idea-fuerza constituyente de actores sociales* (Stolkiner, 2016). En nuestro país, las organizaciones de derechos humanos representan ese lugar de resistencia desde el que es posible desafiar a la embestida neoliberal. Esta revitalización discursiva del neoliberalismo nos emplaza a la búsqueda de consensos en la dirección de salud como derecho no sólo en tanto consigna bienintencionada sino como posicionamiento contra las lógicas que pretenden mercantilizarla. Tenemos, actualmente, la tan mentada CUS (Cobertura Universal de Salud) que recuerda el modelo minimalista en lo social que predominó durante la década del '90 y *que significó la definición de una canasta básica de prestaciones y la orientación de los recursos del Estado sólo hacia los grupos más desfavorecidos* (Ase y Burijovich, 2009). De Sousa Campos denomina “derechos humanos de baja intensidad” a estas propuestas que tratan de limitar la ampliación de los derechos humanos, considerando que son la “contracara de las democracias de baja intensidad” (Stolkiner, 2010).

Discutiendo nuestras prácticas

Me preguntaba más arriba ¿qué significa para nosotros/as, profesionales de la psicología, trabajar con enfoque de derechos humanos? ¿Cómo pueden las prácticas de Salud Mental generar oportunidades para la potenciación de procesos de empoderamiento cívico y emancipación social? Anticipaba la imposibilidad de dar una respuesta acabada, no obstante, podría esbozar algunas ideas a partir de un ejemplo de mi práctica concreta.

Existe cierto componente autoritario que no parte solamente desde el saber y la práctica disciplinar sino también de lxs propixs trabajadorxs a quienes se lxs suele llamar administrativxs y que en general viven en la misma comunidad que las personas que se atienden en la sala. La situación que se reitera gira en torno al único teléfono fijo del Centro de Salud en el cual desempeño mis actividades como psicóloga, utilizándose únicamente para comunicaciones con otros efectores de la comuna o con directivxs del municipio. En cambio, a las personas usuarias de los servicios, si alguna vez llaman, se les suele responder despectivamente o sencillamente no se les responde. Los argumentos son los siguientes: "quiere pedir un turno por teléfono", "que se

muevan hasta la sala", "que se levanten temprano y vengán a las 7 de la mañana", sin siquiera informarles si ese día concurre el profesional a quien necesitan consultar.

La tentativa de desmontar estos prejuicios desencadena posiciones más duras de parte del trabajador de la administración que esbozaba tales argumentos y ocasiona la participación de otra trabajadora (psicóloga) que expresa "Ya está, no digas Nada". Esta discusión entre trabajadores da cuenta de las implicancias que estas acciones por ínfimas que parezcan se traducen en inaccesibilidad al sistema, recordando que la accesibilidad es uno de los componentes básicos del derecho a la salud.

Se trata entonces, de trabajar con los usuarios la capacidad de reclamar no sólo atención sino también información clara y adecuada a su comprensión, se trata de que sepan que si el centro de salud tiene un número de teléfono es para poder consultar sobre lo atinente a sus necesidades sanitarias. Se trata entonces de poner en cuestión ciertos supuestos con los demás trabajadores así como sus propios temores y necesidades de diferenciarse de quienes son sus vecinos empleando mecanismos pseudo-segregativos. Lo que sucede generalmente es que estos hechos aparentemente insignificantes, que se suscitan de continuo en los centros de salud quedan invisibilizados, negados y reprimidos de tal modo que obstaculizan oportunidades valiosas de repensar nuestras prácticas de salud mental como prácticas de derechos humanos donde está en juego no sólo la dignidad de las personas consultantes a los servicios sino también nuestra propia dignidad como trabajadores.

"Ya está, no digas Nada" es lo antagónico a intentar decir aquello que se encuentra velado detrás de tanta supuesta insensibilidad. Se trata, por lo tanto, de procurar *decir lo indecible* y quizás, de ese modo, podamos poner de relieve que son lxs consultantes lxs verdaderxs protagonistas del sistema de salud/salud mental.

A modo de conclusión

Los retrocesos en los derechos humanos, el campo de la salud mental y las políticas públicas nos conciernen a todxs lxs trabajadores de salud/salud mental. La transición hacia un sistema donde el centro sea la justicia social, donde el Estado tome un rol más protagónico y regulador, y donde la sociedad tenga un papel fundamental en la organización de la vida cotidiana se favorece hasta en la visibilización de pequeños actos cotidianos; fomentando el intercambio activo entre sus participantes, con la finalidad de fortalecer la lucha por la defensa de los derechos humanos y la salud mental de nuestros pueblos.

Recordemos que el verdadero éxito en las luchas no reside en ganar batallas sino en lograr uniones cada vez más extensas (Cardella, 2016).

Referencias bibliográficas

- Asociación por los Derechos de la Salud Mental (2017). Derechos Humanos en Salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.
- Ase, I. y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de atención primaria en salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol. 5, núm. 1, enero – abril, pp. 27-47.
- Cardella, A. (2016). *La Ley Nacional 26657, su texto y su contexto*. Trabajo presentado en 4as. Jornadas Científicas del Colegio de Psicólogos de Santiago del Estero: “Salud Mental y Derechos Humanos”.
- De Sousa Santos, B. (2010). *Hacia una concepción intercultural de los derechos humanos en Descolonizar el Saber, Reinventar el Poder*. Montevideo: Ediciones Trilce. Recuperado el 2 de Julio de 2017 de: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Descolonizar%20el%20saber_final%20-%20C%C3%B3pia.pdf
- Foucault, M. (2008). “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, en *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Ed. Altamira. p. 75.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- República Argentina. (2010) *Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Recuperado el 15 de Julio de 2017 de: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, vol. 5, núm. 1. Recuperado el 2 de Julio de 2017 de: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/410>