

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

La declaración universal sobre bioética y DDHH y la ley 26.657. La experiencia de Trieste como escenario para pensar su encuentro.

Abelaira, Paula Micaela.

Cita:

Abelaira, Paula Micaela (2019). *La declaración universal sobre bioética y DDHH y la ley 26.657. La experiencia de Trieste como escenario para pensar su encuentro. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/94>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/u5a>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DDHH Y LA LEY 26.657. LA EXPERIENCIA DE TRIESTE COMO ESCENARIO PARA PENSAR SU ENCUENTRO

Abelaira, Paula Micaela
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

El modelo de atención triestino generado a partir de la revolución psiquiátrica que se da en la década del 70 con Franco Basaglia como referente, se basa en el respeto a los derechos humanos, la promoción de la autonomía, la dignidad de todas las personas y el consentimiento del paciente en todos los planos. Presta especial atención a la vulnerabilidad de las personas, a la no discriminación ni estigmatización. Boga por la igualdad de derechos, la cooperación y la responsabilidad estatal. Todos estos conceptos se encuentran en una clara consonancia con la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. A su vez, la Ley Nacional de salud mental 26.657 está inspirada en la experiencia de Trieste y en algunas otras experiencias de corte comunitario y de respeto de los derechos humanos. El objetivo de este trabajo es entonces ubicar aquellos puntos de la declaración en coincidencia con la ley 26657 y su escenario en el sistema triestino.

Palabras clave

Bioética - Derechos humanos - Atención territorial - Trieste

ABSTRACT

UNIVERSAL DECLARATION OF BIOETHICS AND HUMAN RIGHTS WITH THE NATIONAL MENTAL HEALTH LAW N° 26.657. THE TRIESTE'S EXPERIENCE AS THE SCENE TO THINK ABOUT THEIR MEETING POINT

Trieste's attention model, generated from the 70's psychiatrist revolution thanks for Franco Basaglia, is based on Human Rights, autonomy promotion, human dignity and patient consent in every area. It's take attention in people's vulnerability against discrimination and stigmatization. It's pleads for equal rights, cooperation and Government responsibility. All of this concepts are in a real way with de Universal Declaration of Bioethics and Human Rights. By the same time, National Mental Health Law n° 26.657, is inspired in Trieste's experience and in other experience related with Human Rights respect. The target/aim of this paper is to put in order those similarities between National Mental Health Law n° 26.657 and Trieste's experience.

Key words

Bioethics - Human Rights - Territorial attention - Trieste

Introducción

El modelo de atención triestino generado a partir de la revolución psiquiátrica que se da en la década del 70 con Franco Basaglia como referente, pero también con otros tantos profesionales aún vinculados al sistema de salud en esa ciudad italiana, se basa en el respeto a los derechos humanos, la promoción de la autonomía, la dignidad de todas las personas y el consentimiento del paciente en todos los planos. Presta especial atención a la vulnerabilidad de las personas, a la no discriminación, ni estigmatización. Boga por la igualdad de derechos, la cooperación y la responsabilidad estatal.

Como se ve, cualquiera de estas palabras enunciadas aquí y encontradas en la mayoría de las publicaciones sobre la experiencia de Trieste pueden evocarnos rápidamente a la Declaración universal de bioética y derechos humanos.

A su vez, la Ley Nacional de salud mental 26.657 está inspirada en la experiencia de Trieste y en algunas otras experiencias de corte comunitario y al respeto de los derechos humanos. El objetivo de este trabajo es entonces ubicar aquellos puntos de la declaración en coincidencia con la ley 26657 y su escenario en el sistema triestino.

Para comenzar, en el ARTÍCULO 1 de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos se plantea cuál es el *alcance* de la misma:

1. *La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.* 2. *La Declaración va dirigida a los Estados. Imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.*

En el cuadro comparativo propuesto por Kowalenko y Valor (2016) podemos visualizar rápidamente que en la ley 26657, promulgada en 2010, se han tenido en cuenta los principios de la declaración. "...se puede señalar que no es una simple enunciación de principios, sino que los mismos se ven plasmados en normas de carácter operativo, cuya implementación puede ser inmediata, no dependiendo de otra ley que la reglamente." (p.36). Es decir, que este segundo punto en el que se explicita que la declaración está dirigida a los estados ha conseguido su objetivo.

Pero, ¿cómo se visualiza en la realidad efectiva este alcance?

En el ARTÍCULO 2 de la Declaración encontramos los Objetivos de la misma. Algunos que destacamos por su especial interés a los fines de este trabajo son:

1. c) *promover el respeto de la **dignidad humana** y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos;*
2. f) *promover un **acceso equitativo** a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo;*
3. g) *salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras; (el resaltado es mío).*

Por su parte la Ley Nacional de Derecho a la Protección de la Salud Mental en su artículo 3° dice que “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas (...)” (Ley 26.657, 2010).

Encontramos al inicio de ambos documentos su esencia y las bases a partir de las cuales construir el sistema de salud. Contamos entonces, para este trabajo, con una definición de salud mental en estrecha relación al acceso a los DDHH y a la construcción social que se da a partir de su concreción; con tres conceptos vertebrales que rescatamos de este artículo 2 de la Declaración:

- Respeto por la dignidad humana
- Protección de derechos y libertades fundamentales
- Acceso equitativo

Espíritu de trabajo plasmado en las normativas

Tomamos como eje central el artículo 7, perteneciente al capítulo 4 “Derechos de las personas con padecimiento mental”, el cual plantea aquellos derechos que deben ser reconocidos por el Estado, y encontrando en ellos el fundamento teórico desde el cual es posible y necesario trabajar en salud mental.

Comenzamos con el mencionado Artículo 3 de la declaración, el cual nos introduce en el concepto de Dignidad humana y de derechos humanos: “Art 3.1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. 3.2. Los intereses y el bienestar de la persona

deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.”

Las Instituciones internacionales como la UNESCO han tomado el concepto de dignidad de manera variable. La dignidad se convierte en derecho y fuente de derechos. Suelen contemplarse en ella tres tesis: una tesis ontológica que apunta a el valor intrínseco de todos los seres humanos como tales, una tesis relacional que refiere a que este valor debe ser reconocido y respetado por todos, y una tesis política la cual implica que el Estado atienda y proteja a los individuos reconociendo este valor. (Velázquez Jordana, 2009). Al respecto Ana María Casado (2009) indica que “puede hallarse un concepto común de dignidad humana, entendiendo ésta como condiciones de posibilidad para vivir la vida elegida y para la coexistencia entre lo diverso”. (p.36) Este concepto de “vivir la vida elegida” nos conduce directamente a algunos de los apartados del artículo 7 de la Ley 26557. Estos son:

7. a. *Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.* b. *Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.* g. *Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.* l. *Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.*

Pero, ¿qué significa una atención *humanizada*? Si buscamos una característica de “lo humano” como tal es su condición de irrepetible. El modo en que soporta y sostiene su existencia cada sujeto. Esta irrepetibilidad no está en relación a la voluntad ni a lo biológico, no es natural. Es una contingencia a producirse, requiere de un esfuerzo por parte del sujeto y de condiciones que lo permitan. (Fridman P.;2008) Es así que las soluciones de los principios de la Bioética o aquellos postulados que encontramos en las normativas, son soluciones parciales, coyunturales, que debieran orientarnos a “tomar en cuenta la singularidad del deseo de un sujeto, que eventualmente atraviesa su posición de paciente de un compromiso en su salud. Todo su recorrido en tanto paciente está atravesado por su posición subjetiva”. (Fridman P., 2008, p.42).

El sistema de Trieste se trata de poder acompañar a los sujetos en un periodo de padecimiento mental de la manera menos iatrogénica posible. Se funda en sostener los lazos de la persona, repararlos o crearlos cuando no existiesen. Estos lazos suponen el vínculo con su familia y afectos pero también con su ocupación, su casa y su entorno. Para ello la labor de los profesionales de la salud mental no está abocada de manera

unívoca a la enfermedad sino al sujeto y sus necesidades. Por su parte, la atención gratuita y atravesada por la idea de la justicia social, es su fundamento. El hecho de ocuparse de las personas de acuerdo a sus necesidades y vulnerabilidad señala cómo el concepto de justicia no está en darle lo mismo a todos sino a cada quien lo que necesita. Avanzaremos en este punto más adelante. En este sentido el Estado es garante y responsable de que las personas reciban todo aquello que necesitan para su recuperación o mejoría.

Además, el eje central de todo tratamiento, está en no restringir las libertades de las personas, respetar y conservar la independencia en el nivel máximo posible. En este marco las internaciones son efectivamente el último recurso y durante el mínimo tiempo posible. Para ello se despliegan todos los dispositivos necesarios y se ponen en funcionamiento todos los servicios que puedan sostener a la persona en libertad y autonomía. Esta autonomía implica que el sujeto sea partícipe fundamental de todas las decisiones que se tomen al respecto de su salud.

Señalamos entonces cuáles son los principios y artículos en correspondencia con este espíritu de trabajo:

· Artículo 13 “Solidaridad y cooperación” de la Declaración plantea:

“Se habrá de **fomentar la solidaridad entre los seres humanos** y la cooperación internacional a este efecto”. (*El resaltado es mío*). Este principio encuentra su correspondencia en la ley 26.657 en art. 7- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

· Artículo 14 “Responsabilidad social y salud” en la Declaración:

1. *La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.*
2. *Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar: el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano; el acceso a una alimentación y un agua adecuadas; la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente; la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y la reducción de la pobreza y el analfabetismo.*

En la ley de Salud Mental: Art. 7.

1. a) *Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.* c) Dere-

cho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. d) *Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.*

· Artículo 5 de la Declaración de Bioética y DDHH “Autonomía y responsabilidad individual”

“Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses”.

Por último encontramos en la Ley de Salud mental los siguientes apartados del artículo 7- “f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso. k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.”

Consentir, No estigmatizar y Equidad: 3 conceptos fundamentales de la experiencia Triestina

CONSENTIR

Encontramos en el Artículo 6 “Consentimiento” de la Declaración que toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo bajo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y con la posibilidad de revocarlo en todo momento y por cualquier motivo.

Por su parte, en el Artículo 7 de la ley encontramos varios apartados que se pronuncian al respecto del consentimiento:

1. m) *Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.* j) *Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.*

En la contrapartida de establecer todas aquellas situaciones en las que la persona puede y debe consentir nos encontramos con aquellos escenarios en los que el usuario carece de la capacidad de dar su consentimiento:

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

1. *la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación...* (UNESCO, 2005, art. 7)

En el ámbito de la salud mental, cuando la capacidad de consentir encuentra un límite, encontramos que se instalan prácticas abusivas maquilladas de terapéuticas. Tal es así que la Ley de Salud Mental (2010) establece que toda persona, aún cuando su capacidad de consentir se encuentre limitada y, agregaríamos, que aún más en esos casos tiene derecho a: “o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados. p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.” (Artículo 7).

En el sistema sanitario de Trieste la inclusión laboral se trata justamente de la inserción social del sujeto como trabajador y no de ponerlo a producir objetos de consumo por el cual no obtendrá ningún beneficio. Las cooperativas sociales son entonces el medio por el cual se contrata a personas bajo tratamiento en salud mental, pero también ex convictos, personas con discapacidad o problemas de adicción. El vínculo que se establece es un vínculo laboral, en contextos donde las capacidades y posibilidades de las personas son el eje central.

EQUIDAD

Hallamos en el Artículo 10 de la Declaración Universal... conceptos fundamentales en la atención sanitaria: igualdad, justicia y equidad. “Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.”

En la Ley 26.657 encontramos el punto 7.a que establece el “derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.”

Por su parte, y volviendo a la Declaración de la UNESCO, el Artículo 8 “Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal” indica que “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.”

Creemos que uno de los puntos cruciales de un sistema de salud que tiene como fundamento teórico la protección de derechos es poder garantizar las condiciones de acceso. En el sistema triestino encontramos a la microárea y su atención focalizada en los más vulnerables. Es que si entendemos los procesos de

salud-enfermedad como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, entonces sabremos que la preservación y mejoramiento de la salud implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales. La microárea es el dispositivo de la red de salud más cercana a la comunidad y ha sido diseñada para favorecer que todos los y las usuarios/as puedan -más allá de sus dificultades económico-sociales y de su situación de salud particular- vivir en su casa y recibir la atención que requieren, ofreciéndose como soporte para ello. Se ocupa así de todos aquellos aspectos que hacen a la vida de los sujetos: desde asegurarse que alguien reciba y tome la medicación indicada, hasta generar lazos que hagan de soporte emocional. Se trata entonces de atender a las micro-realidades territoriales (Rotelli, 2018), con un dispositivo emplazado en los sectores más vulnerables: barrios con viviendas sociales, barrios con gran cantidad de adultos mayores, inmigrantes, etc. La microárea, al conocer bien de cerca los problemas de salud de las personas que se encuentran allí, es la encargada de optimizar los recursos e intervenciones para que estas lleguen de manera concreta y efectiva a quienes más requieren del servicio pero que, de estar ofrecido a todos por igual, no garantiza su igual acceso. Subrayamos entonces que la **equidad** no implica dar a todos lo mismo, sino estar atento a las necesidades de cada quien, y garantizar la igualdad de oportunidades de acceso.

NO ESTIGMATIZAR

Para concluir nos ocupamos de un eje transversal en la manera de concebir el trabajo en salud mental, hablamos del Artículo 11 de la Declaración de Bioética y DDHH, la **No discriminación y no estigmatización**: “Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.” La ley Argentina de protección de la salud mental establece la necesidad de garantizar el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable. (Ley 26657, 2010, art. 7. n).

Esta idea de no estigmatización se puede escenificar en acciones concretas que no ocupan el tiempo en convencer a aquellos considerados “normales” que los locos no son peligrosos y pueden convivir en sociedad. La experiencia de Trieste ha demostrado que el camino a seguir es fomentar acciones concretas destinadas a la convivencia, a la posibilidad de que todas y todos quepan en la sociedad. Las acciones no van dirigidas “al loco” ni a “los normales” sino a la comunidad como un todo.

BIBLIOGRAFÍA

Casado, M. (Ed.). (2009). *Sobre la dignidad y los principios: análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [de la] UNESCO*. Civitas Thomson Reuters.



- Fridman, P. (2008). *Los principios de la Bioética en Salud Mental y Psicoanálisis*. *Rev. univ. psicoanal*, 8, 219-230.
- Kowalenko, A.S., & Valor, D.M. (2016). La Salud Mental y los principios bioéticos en la normativa civil argentina. *Revista Argumentos*, (3), 29-52.
- Lay 26657. Ley Nacional de protección de la salud mental. República Argentina. 2010.
- Rotelli, F. (2018). Servizi che intrecciano storie. En Gallio, G. y Cogliati Dezza, M. (Comps.). *La città che cura. Microaree e periferie della salute*. Merano. Edizioni AlphaBeta.
- UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos. 2005.
- Velázquez Jordana, J.L. (2009). Dignidad, derechos humanos y bioética. En: Casado, M. (Ed.). (2009). *Sobre la dignidad y los principios: análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [de la] UNESCO*. Civitas Thomson Reuters.