



Buenas Prácticas en La Comunicación Pública

INFORMES INADI

Salud mental



BUENAS PRÁCTICAS EN LA COMUNICACIÓN PÚBLICA

INFORME INADI

Animados/as por el deseo de enriquecer la discusión pública y promover la participación en la construcción de una sociedad más pluralista y menos excluyente, presentamos los informes de Buenas Prácticas del INADI, elaborados por los equipos de Comunicación Estratégica y Prensa, con el apoyo y colaboración de las distintas áreas y programas del INADI. Su elaboración está basada en la certeza que existe un conjunto de aspectos y temáticas que pueden ser objeto de dudas, preguntas y estereotipos que vale la pena despejar.

Los Informes INADI son documentos destinados a periodistas y profesionales de la comunicación. Surgen de la voluntad de ayudar a presentar distintas problemáticas que tocan de cerca al Instituto y ameritan un tratamiento en profundidad.

Están realizados con el rigor conceptual y la profesionalidad que caracteriza al INADI, basados en trabajos e investigaciones propias. Nos permiten pensar acerca del carácter discriminatorio de prácticas sociales que, muchas veces por desinformación, no son percibidas como tales.

Nuestro objetivo central es contribuir a generar una sociedad más inclusiva y diversa.

Las y los invitamos a acompañarnos en este camino.

Pedro Mouratian
Interventor de INADI

Disparador: Nueva Ley de Salud mental en Argentina

El 2 de diciembre de 2010 fue promulgada la Ley Nacional de Salud Mental (26657). Hoy se encuentra en proceso de Reglamentación.

Esta Ley constituye un paso muy importante hacia un cambio de paradigma a nivel local: concebir a la persona usuaria de los servicios de salud mental como sujeto de derechos y ya no como objeto de asistencia.

Es una ley que avanza en adecuar la legislación local a los criterios de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por la Argentina en 2008.

Estado de situación

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

El modelo de atención en salud mental aún vigente ha llevado a que estas personas hayan sido y sean:

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

Este modelo lleva a destinar gran parte de los recursos en salud mental a una hospitalización que excluye a las personas y paradójicamente favorece la discapacidad.

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

Se estima que en nuestro país aún existen alrededor de 20.000 personas en centros de internación en salud mental (50% en el sistema público y 50% en el privado). En promedio, más de un 80% de estas personas permanecen internadas durante más de un año y muchas lo han estado de por vida¹.

Aproximadamente el 70% de estas personas continúan institucionalizadas en hospitales psiquiátricos por haber perdido sus lazos sociales, encontrarse en situación de pobreza, desamparo social y familiar, y por la aún insuficiente existencia de dispositivos comunitarios.

¹ Fuentes: Yago Di Nella y Cols: Algunos aportes de la epidemiología de la salud mental con enfoque de derechos. Hacia la construcción de un nuevo paradigma en salud mental, 2011 y MDRI y el CELS, Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008, disponible en: <<http://www.cels.org.ar>>.

En las instituciones psiquiátricas argentinas se han podido constatar graves hechos de abuso y negligencia: muertes no investigadas, privación sensorial mediante aislamiento y diversos actos de violencia física y sexual. Se ha hecho evidente además una importante falta de recursos, mal estado de las instituciones y ausencia de mecanismos de supervisión pública. Según la OPS/OMS en los países desarrollados entre el 35% y el 50% de las personas que requieren atención en salud mental no la reciben. En los países en vías de desarrollo esta cifra asciende al 76%/ 85%². Se requiere que los Estados garanticen el derecho a recibir una adecuada atención en salud mental, en base a un nuevo modelo.

Distintas experiencias en el mundo han permitido comprobar que cuando se pasa a un modelo comunitario de atención en salud mental el resultado es exitoso. Es posible prescindir de la internación y que ésta sea sólo un recurso excepcional.

Cambio de paradigma y documentos internacionales a tener en cuenta

El concepto de salud que se maneja hoy en los estándares internacionales está estrechamente vinculado al cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas.

La Declaración de Caracas en 1990 (Conferencia convocada por OMS/OPS) dejó planteada la necesidad de reestructurar la atención psiquiátrica en América Latina. Postuló un nuevo modelo de atención: comunitario, descentralizado y preventivo que reemplace al hospital psiquiátrico.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada por la Argentina en el año 2008) dio impulso a este cambio al establecer que los Estados deben garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio pleno de sus derechos en igualdad de condiciones.

En octubre de 2010 el Consenso de Panamá reafirmó la necesidad de fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de América Latina y asegurar la erradicación de los manicomios en la próxima década.

Desde el pasado 2 de diciembre de 2010 nuestro país cuenta con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Esta ley constituye un paso muy significativo para adecuar la legislación interna a los estándares internacionales de derechos humanos.

La nueva ley establece un piso de derechos y garantías para regular la actuación de los organismos y actores involucrados. En base a ella es necesario continuar avanzando.

Algunas de las disposiciones de la nueva Ley Nacional de Salud Mental (26657)

- Se garantiza el derecho a la **protección de la salud mental** de todas las personas que se encuentran en territorio nacional (Art. 1º).
- **No hay salud mental sin concreción de derechos humanos y sociales.** La salud mental es definida como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social

² “Salud Mental y DDHH. Vigencia de los estándares internacionales” (OPS/OMS, octubre 2009),

vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Art. 3º)

- Se debe partir de la **presunción de capacidad de todas las personas**. A partir de allí se analizará en forma interdisciplinaria qué puede cada persona en cada momento y situación particular.
- La persona usuaria de servicios de salud mental tiene **derecho a decidir y brindar consentimiento informado para todo tratamiento** (Art. 10º).
- Se debe brindar **el tratamiento que menos restrinja los derechos y libertades de la persona** y que promueva la integración familiar, laboral y comunitaria. (Art. 7º)
- Se debe **garantizar un modelo de atención interdisciplinaria e intersectorial basado en redes comunitarias**. Privilegiar la atención ambulatoria, asistencia domiciliaria, casas de convivencia, hospitales de día, entre otras modalidades. (Art.11º)
- **La internación es un recurso excepcional** que debe ser utilizado con fines terapéuticos y ser lo más breve posible. Las personas internadas deben conservar sus lazos familiares, laborales y sociales (Art 14º y 15º)
- **Se prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de salud monovalentes**. Las internaciones en salud mental deben realizarse en hospitales generales (Art 27º y 28º)
- Los diagnósticos en salud mental deben considerar todos los aspectos que la constituyen y no pueden ser realizados sobre la base de un aspecto puntual como por ejemplo elección o identidad sexual (Art. 3º)

Perspectiva

La Ley de Salud mental se encuentra en proceso de reglamentación y es necesario trabajar por su implementación en todo el territorio nacional.

Es importante saber que convive aún con gran parte de la normativa local basada en el viejo modelo. Para avanzar en el cambio se debe reformar entre otros: el Código Civil (que utiliza figuras discriminatorias como *insanía* e *incapacidad*), el Código Procesal Civil y Comercial, la Ley Orgánica del Ministerio Público y adaptar gran parte de la normativa provincial.

En este sentido, el rol de los/las comunicadores/as es de vital importancia para contribuir al profundo cambio cultural que requiere este nuevo paradigma en salud mental.

Desde el INADI recomendamos:

- Brindar información actualizada sobre el estado de situación y legislación en la materia. Difundir los contenidos de la nueva Ley y la necesidad de continuar con las reformas en materia legislativa.
- Dar visibilidad en la agenda mediática al problema de la salud mental y los perjuicios que acarrea a las personas usuarias estos servicios así como a toda la sociedad.
- Promover investigaciones para revisar el funcionamiento de las instituciones de salud mental.
- Relevar y difundir experiencias innovadoras realizadas en el país en lo referente a atención en salud mental, que favorezcan la integración social.

- Sensibilizar a la comunidad respecto del valor del cambio de paradigma en curso y la necesidad de reconocer a las personas usuarias de servicios de salud mental como sujetos de derecho.

Denominaciones y terminología no discriminatoria

Tal como establece la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los prejuicios y estereotipos constituyen y estimulan la discapacidad psicosocial. Es necesario trabajar por desmontarlos. Erradicar los términos naturalizados que reproducen la discriminación.

En este caso se trata de instalar las denominaciones acordes al nuevo modelo para colaborar a que la sociedad incorpore una nueva mirada.

¿Cómo referir a quienes son usuarios/as de servicios de salud mental?:

Si consideramos los estándares internacionales en materia de derechos humanos y la actual discusión de este grupo en torno a cómo autodenominarse, las más aceptadas son las siguientes denominaciones

- “personas usuarias de los servicios de salud mental”
- “personas con discapacidad psicosocial”.
- “personas con padecimiento mental” (denominación que utiliza la Ley)

El padecimiento mental o psíquico es transitorio: si se cuenta con el apoyo necesario y se favorecen las condiciones adecuadas, es un padecimiento que comienza y termina.

También es parcial: no afecta todo lo que una persona es. Por tal motivo se recomienda:

- No aludir a la persona reduciéndola a su diagnóstico profesional (“psicótico”; “esquizofrénico”, “autista”): denominaciones que etiquetan/ estigmatizan y niegan la condición de sujeto en igualdad de derechos. Se recomienda aludir por ejemplo a “persona con autismo” o “que tiene autismo” o persona con diagnóstico de psicosis.
- Utilizar el término “paciente” sólo cuando se hace referencia a la persona en el momento de recibir atención sanitaria. Existe consenso en la necesidad de no reducir a la persona a su condición de paciente o de usuario (de allí también que se la mencione como “persona usuaria”)

Cuando se hace referencia a personas que han sido o son usuarias de los servicios de salud mental se recomienda no aludir innecesariamente a esta circunstancia ya que favorece la estigmatización.

A su vez es de gran importancia no asociar padecimiento mental con:

- **Incapacidad:** identificar el padecimiento mental con una deficiencia que impide asumir la toma de decisiones.
- **Peligrosidad:** asociar esta circunstancia puntual de una persona con un potencial riesgo o peligro para la sociedad.

- **Anormalidad:** se suele referir explícita o implícitamente a una necesidad de “normalizar” a estas personas. El criterio de normalidad naturalizado sustenta siempre la restricción de derechos³.

Otros aspectos a tener en cuenta:

Uso de expresiones desde el humor: tener en cuenta que cuando se las utiliza en referencia a una persona usuaria de servicios de salud mental o con padecimiento psíquico se banaliza la problemática y se niega el sufrimiento que ésta implica.

En estos casos es importante no perder de vista que se trata de una terminología que refuerza la estigmatización (ej: “*está chapita*”, “*le faltan jugadores*”, “*está medicado/a*” o “*no tomó la pastilla*”)

Uso de expresiones en forma peyorativa: un ejemplo muy presente en los medios de comunicación es el del término “autista”.

Este calificativo es utilizado cada vez con mayor frecuencia para referir a alguien con una supuesta tendencia a estar “metido en sí mismo”, en su propio pensamiento, sin conexión con el entorno ni con lo que sucede a otros. También se lo utiliza para aludir a alguien a quien se le adjudican dificultades para interactuar, comunicarse o expresar emociones y sentimientos. O bien a personas que acostumbran simplemente concentrarse marcadamente en lo que hacen restando atención a otras cosas.

Es muy común que los medios refieran hoy a políticos “*autistas*” como aquellos que no registran el contexto ni las demandas de la ciudadanía, o a los que se presupone incapaces de escuchar y ofrecer soluciones. También para aludir a deportistas que no concretan un juego en equipo y se manejan de modo individualista, y que sólo estarían atentos a su propio accionar.

Estos usos parten de mitos e informaciones erróneas y parciales respecto del diagnóstico. Recomendamos evitarlos, ya que instalan una visión negativa y descalificatoria en relación al mismo.

En este caso puntual, se recomienda no asociar “autismo” a aislamiento / desconexión, mutismo, frialdad o bajo coeficiente intelectual.

Por último, recomendamos **evitar la patologización de la identidad de género:** ej.: referir a la “disforia sexual” como una patología.

¿Qué papel desempeña hoy el INADI en torno a estos temas?

El INADI participó activamente del proceso que culminó con la aprobación de la Ley.

³ “las restricciones sociales impuestas a las personas con discapacidad son pensadas como producto de la normalidad bio-médica que, naturalizada, opera como criterio de demarcación social” Indiana Vallejos, ¿Y si la discapacidad no estuviera dada en la naturaleza? En *Cuadernos del INADI*, número 01, abril 2010, <http://cuadernos.inadi.gob.ar/>.

Hoy desde el Programa “Salud Mental y Discriminación”:

- Participa del proceso de Reglamentación y trabaja junto a otros organismos y agrupamientos de la sociedad civil para favorecer las medidas de implementación y los cambios que la Ley requiere.
- Realiza capacitaciones en torno al nuevo modelo de atención en salud mental y los aportes de la nueva ley, junto a la Secretaría de DDHH, la Dirección Nacional de Salud mental y Adicciones entre otros organismos, en el marco de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y DDHH.
- Trabaja para favorecer la necesaria implementación desde las Obras Sociales.
- En el marco del GRUTAEL (Grupo de Trabajo sobre accesibilidad electoral) brinda apoyo técnico a la campaña por el derecho a votar de las personas usuarias de servicios de salud mental.

El INADI se propone:

- Promover prácticas sociales no discriminatorias que favorezcan el reconocimiento de las personas usuarias de servicios de salud mental como sujetos de derecho.
- Impulsar el trabajo articulado con redes sociales e instancias de gobierno para colaborar en la construcción del modelo de salud comunitario.
- Favorecer y ser parte de la articulación en una política general que tienda al cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental y de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Impulsar nuevas reformas legislativas para erradicar la normativa discriminatoria que aún sustenta la vigencia del viejo modelo.

FUENTES PARA PERIODISTAS

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)

<http://www.inadi.gob.ar>

011 4340-9400

0800 999 2345 – Atención Directa al Público

Programa de Salud Mental y Derechos Humanos del Inadi:

saludmental@inadi.gob.ar

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Ministerio de Salud de la Nación

<http://saludmental.msal.gov.ar/>

54-11-4379-9162

Av. 9 de Julio 1925 | Piso: 10

Dirección Nacional de Atención a Grupos en situación de Vulnerabilidad

Programa de Salud Mental y Derechos Humanos

Secretaría de Derechos Humanos de la Nación

Ministerio de Justicia de la Nación

<http://www.derhuman.jus.gov.ar/direcciones/asistencia.htm>

011 5167-6500 011 5167-6500

Defensoría General de la Nación

Unidad de Letrados Art. 22 Ley 26.657
Bartolomé Mitre 648, 7º piso "A", C.A.BA
011 4 342-5823/94/38
FAX 011 4 342-5823
letrados-saludmental@mpd.gov.ar

Asesoría General Tutelar

<http://asesoria.jusbaires.gob.ar/>
Alsina 1826 1º, C.A.B.A.
011 5297-8000
agt@jusbaires.gov.ar

OPS-OMS Argentina

Organización Panamericana de la Salud
Dr. Hugo Cohen - Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica
cohenh@arg.ops-oms.org
<http://www.ops.org.ar/>
011 4893-7600/4144

CELS

Centro de Estudios Legales y Sociales
<http://www.cels.org.ar>
cels@cels.org.ar
011 4334-4200 011 4334-4200