

ETICA Y POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL

MARTÍN DE LELLIS

2014

INDICE

Introducción

1) Los principios deontológicos

2) Los derechos subjetivos

3) La cuestión de la equidad

4) Participación en la toma de decisiones

Bibliografía

INTRODUCCION ¹

La ley nacional de salud mental ha instalado un indispensable debate público respecto de la protección de los derechos cívicos, sociales y culturales en la atención de los enfermos mentales.

Además de su relevante dimensión simbólica, la ley expresa una decidida voluntad social por transformar un campo de prácticas que, surcado por tensiones políticas de muy diverso tipo, se ha planteado altamente refractaria al cambio y en el cual se ha naturalizado históricamente la violación de los derechos humanos de las personas asistidas.

Una de las cuestiones que ha favorecido el nuevo paradigma en salud mental se vincula a la revisión de los tradicionales supuestos de la ética aplicada a la salud a partir de la emergencia de una perspectiva fundada en los principios de la autonomía, la dignidad y la equidad social.

Dada la relevancia que ello tiene para la plena implementación del actual marco normativo, nos proponemos una revisión de ciertos conceptos centrales de la ética aplicada y su relación con las políticas públicas en salud mental.

1) LOS PRINCIPIOS DEONTOLOGICOS

Una primera cuestión remite a la deontología profesional. Cada profesión regula mediante pautas o códigos normativos específicos la forma de llegar a acuerdos o resolver conflictos de intereses entre sus miembros o entre sus miembros y los intereses colectivos. En este ámbito se plantean normas que aspiran a regular aquellas acciones del/los integrantes de un colectivo profesional que resultan

¹ El presente artículo fue presentado para su publicación a la Revista Intersecciones. Facultad de Psicología. UBA.

aceptables y aquellas que no lo son, se crean obligaciones y se imponen, llegado el caso, sanciones determinadas que corrigen las transgresiones a dichas normas. Este momento inaugural de la ética aplicada a la salud se basaba en un enfoque de corte paternalista en el cual lo que importaba, principalmente, era la conducta adoptada por el curador con el propósito de orientar las prácticas de acuerdo a lo que él mismo consideraba era el bien del paciente, en brindar el mejor tratamiento disponible o evitar el abandono de cuidados a las personas enfermas cuyo sufrimiento requería la asistencia médica.

La beneficencia, entendida como hacer el mayor bien o la no maleficencia (*primum non nocere*) resultaban dos principios indisolubles que obligaron ritualmente en sus prácticas a la comunidad de práctica profesional. Si bien son muchos los aspectos que contempla la deontología, lo característico de esta dimensión ética es que no proyecta su juicio sobre los seres humanos en general ni traza los lineamientos de la vida buena sino que atañe específicamente a los sujetos que comparten y asumen responsabilidades a partir de determinados saberes profesionales.

Aspectos relativos a los resguardos que deben realizarse en la experimentación científica, la obligatoriedad de no llevar a la práctica tratos crueles o degradantes, no incurrir en el abandono de persona y/o someter la calidad de los conocimientos a los pares han sido tradicionalmente ilustración de los principios deontológicos. Tales principios han regido durante un dilatado período de tiempo el accionar de profesionales e instituciones de salud, así como han resultado elementos fundamentales a la hora de restringir los potenciales abusos de la experimentación médica y/o científica.

Situados en este marco deontológico, hoy representa un desafío discernir aquellos casos en los cuales se pone en cuestión la defensa del interés profesional cuando ello entra en conflicto con lo dispuesto por normativas que procuran regular la vida de la sociedad y que, al gozar de legitimidad, todos sus miembros deben aceptar y cumplir.

Por ejemplo, en virtud de la importancia adquirida por el principio de la beneficencia como eje rector de la ética centrado en las decisiones adoptadas por el profesional, ni el paciente ni sus familiares fueron considerados al momento de compartir información necesaria para consentir decisiones relativas al tratamiento, aspecto que hoy se halla enfatizado en los marcos normativos vigentes.

Dado que la enorme mayoría de casos se han hallado bajo tutela judicial y eso ha implicado situaciones en las cuales se plantea sustitución de derechos (las decisiones son adoptadas por un tercero, ya sea curador de oficio y/o designado por los propios familiares), ello ha conspirado aún más para que no sean reconocidas las preferencias subjetivas de los sujetos con padecimiento mental relativas al acceso a la información, a la posibilidad de consultar la historia clínica personal, aceptar o rehusar la internación u otro tipo de intervenciones, o bien garantizar la confidencialidad en el proceso de atención.

Precisamente una de las cuestiones fundamentales a considerar entonces es que la aplicación de tales principios no representen sólo obligaciones formales que se traduzcan en la aplicación mecánica del consentimiento informado concebido como resguardo jurídico-legal de los profesionales (Garbus, P. et al. 2009), sino una apuesta al empoderamiento de los agentes del sector salud y de los propios usuarios organizados y fortalecidos en su capacidad crítica para la toma de decisiones

2) LOS DERECHOS SUBJETIVOS

Otro de los aspectos relevantes en la práctica de profesionales e instituciones de la salud vincula la ética al reconocimiento del otro, a sus necesidades, sus aspiraciones, a la significación que cada sujeto proyecta sobre el mundo y a las decisiones que adopta para el cuidado de su salud.

Este ámbito de preocupación, más incipiente en su desarrollo y problematización, que en términos generales se ha caracterizado como el campo

de la bioética, guarda relación con el respeto a los principios de la autonomía (considerada el núcleo duro de la individualidad personal) y la dignidad desde un enfoque centrado en la protección de los derechos humanos. (Nino, C. 1989)

En este caso particular, debe señalarse la importancia de todos aquellos principios centrados en el logro de una progresiva autodeterminación del sujeto con padecimiento mental en relación a decisiones relativas al/los tratamientos científicos y las consecuencias que los mismos pueden ocasionar sobre el estado de salud (la discapacidad grave, la inconsciencia o incluso la privación de la vida).

Esta dimensión de la ética, que desvela habitualmente a la sociedad en relación a casos graves y/o terminales (por ej eutanasia, interrupción del nacimiento, riesgo de secuelas discapacitantes asociadas a una cirugía), debería extenderse a todas aquellas prácticas en las cuales resulte relevante lograr el consentimiento informado de los pacientes y hallarse entrelazada con la protección y defensa de los derechos fundamentales.

Es esta vertiente de la ética en la cual diversas normas nacionales, tales como la ley nacional de salud mental, la ley de los derechos del paciente ante las instituciones y servicios de salud y la ley de muerte digna realizan sus principales aportes: al procurar el aseguramiento de los derechos de la persona, al consentimiento libre e informado, a la elección del tratamiento, a la confidencialidad, a no ser sometido a experimentaciones científicas, a establecer directivas anticipadas sobre decisiones vinculadas a las secuelas del tratamiento recibido, a la privacidad que todo acto terapéutico exige como condición.

Por eso es que el respeto de los derechos fundamentales comprendidos en el actual marco normativo, y que se expresan en las oportunidades de participar en ese tipo de decisiones que afectan el tratamiento a recibir por cada paciente y/o usuario del sistema de salud ya significan un muy importante avance respecto del estadio anterior en el cual tales derechos se veían omitidos o vulnerados de forma casi absoluta.

3) LA CUESTION DE LA EQUIDAD

Por último, no podemos omitir una tercera dimensión importante, y es cuando en la aplicación de nuestro saber tomamos en cuenta los preceptos de la ética social, fundamentados a la vez en los principios de la justicia distributiva.

Existe un principio formulado por el sanitarista inglés Tudor Hart (1974) que denominó la ley de cuidados inversos, y en el cual señalaba que invariablemente la disponibilidad de atención sanitaria tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Por lo tanto, los sujetos más vulnerables tienden a profundizar sus condiciones de vulnerabilidad y quienes presentan menor riesgo relativo tendrán mayores posibilidades de acceder a servicios que permitan resolver satisfactoriamente los daños a la salud.

En el caso de los padecientes mentales ello revela una conexión muy estrecha, pues la evidencia existente en todo el mundo subraya que cuando existen mayores niveles de pobreza se reportan mayores casos de morbilidad y menores posibilidades para asegurar la accesibilidad a los servicios indispensables para la atención.

Precisamente una de las reglas de la ética social como justicia distributiva exige que se trate a los iguales de modo igual y a los desiguales de modo desigual. De acuerdo a Kraut (2005), y, concibiendo este último principio como diferenciación para la igualdad, cabe preguntarse en qué medida las abundantes herramientas normativas pueden ser aplicadas en un contexto de desigualdad social, vulnerabilidad, asimetría de poder y discriminación negativa que caracteriza la situación de las personas con los trastornos mentales.

Si no se impulsan acciones que permitan cerrar la brecha entre las condiciones de los menos favorecidos respecto de los más favorecidos se reforzará la

distancia entre lo que predica o suscribe en el discurso (jurídico, en su mayoría) y lo que efectivamente se practica.

Aquí la ética se traduce en principios tales como asegurar la accesibilidad equitativa a los servicios de atención o generar condiciones que aseguren a las personas con padecimiento mental los derechos vinculados a la inclusión social e implicará también fortalecer las capacidades cognitivas y recursos informacionales que hagan posible el cuidado de la propia salud.

4) PARTICIPACION EN LA TOMA DE DECISIONES

Aún cuando la identificación de los derechos sociales que deben ser garantizados representa un gran avance, resulta muy riesgoso confiar en que estos se garanticen sólo mediante la institucionalización de dispositivos jurídicos, ya que la experiencia histórica enseña que esto sólo es posible si se conjuga con un movimiento social que promueva una auténtica participación y movilización de los grupos implicados.

Allí aparece entonces la importancia de considerar la participación en las distintas instancias que configuran el ciclo de las políticas públicas, tales como la incorporación en la agenda, la formulación, adopción e implementación de las políticas públicas, el monitoreo y seguimiento de los cursos de acción que hayan sido adoptados (de Lellis, M. 2006)..

Por un lado, existe un nivel de participación subjetiva que resulta de la posibilidad de ser informado de las decisiones que terceros aplican sobre el uno mismo, y que en el campo de la salud pueden acarrear riesgos para la salud, el bienestar, la capacidad funcional e incluso la privación de la vida. Esta manifestación de opiniones puede preexistir o suceder a la toma de decisiones adoptadas por un tercero, y habitualmente no incide de modo relevante sobre las mismas.

En un segundo grado, las decisiones resultan de elegir ante un conjunto de alternativas preexistentes que restringen las opciones disponibles pero que, aún así, representan un nivel de decisión, tales como las distintas opciones de tratamiento ante una situación problemática.

Un ejemplo del acceso o ampliación de derechos en el plano social y que le ha sido históricamente vedado a las personas con trastornos mentales es la posibilidad de ejercer el derecho al voto. La posibilidad de sufragar no ha sido factible de ser ejercido precisamente porque en materia jurídica no se ha presumido capacidad sino lo inverso; aún cuando los procesos judiciales por insania o discapacidad se encuentren en curso o no inhiban la capacidad jurídica de la persona con padecimiento mental.

La facultad de ejercitarlo expresa un momento básico del derecho a participar en la toma de decisiones; que no requerirían (en la medida que se instauren como permanentes y formen ya parte de las rutinas democráticas de la sociedad) la instancia de presión o demanda articulada por organizaciones que abonen por su cumplimiento.

En este ejemplo, y en cualesquiera otro que sea elegido para ilustrar la relevancia que reviste el acceso a oportunidades para el ejercicio de derechos aparece con toda claridad el tratamiento de los conflictos que deben atravesar las leyes que, análogamente a la presente, se propongan una transformación del statu quo, dado el contexto de incertidumbre, divergencia de intereses y poder compartido que caracteriza el campo de la salud mental.

En tal sentido, cuando se trata de decidir acerca de cómo asignar los medios para poner en práctica la ley u obtener el apoyo necesario gestionar es común atravesar disputas en la arena política que requieren de un intenso proceso de participación de los actores tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones: entre otras, las organizaciones comunitarias de base territorial y las asociaciones de usuarios y familiares que deben coordinar sus acciones para facilitar la rectoría y liderazgo que le cabe a la autoridad nacional de aplicación.

De esta manera, la ley encontrará un marco apropiado para avanzar en un efectivo proceso de implementación de políticas que hagan posible revertir la inequidad y promover un mayor bienestar para las personas con padecimiento mental.

BIBLIOGRAFIA

de Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Paidós. Buenos Aires.

Garbus, P; et al. (2009) “Aspectos éticos en investigaciones no clínicas en el campo de la salud. Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas incapaces”. *Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Secretaría de Investigaciones. 2009. Volumen XVI. Tomo I. Págs. 329-338.

Kraut, A. (2005). *Salud Mental y tutela jurídica*. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni.

Nino, C. (1984). *Ética y derechos humanos, Un ensayo de fundamentación*. Ariel. Barcelona. 1989.

Tudor Hart. J.T.(1971) “The inverse care law”. *Lancet*1971;i:405-12