

## **La vulnerabilidad social y la (no tan) sutil discriminación**

Por Carolina Buceta e Isabel Ferreira

Miembros de la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI). Dirección: Cabildo 2720, 5D -

*“Si le hablas a Dios, es oración. Pero si Dios te habla, es esquizofrenia.”*

**Thomas S. Szasz**

### **1. Introducción**

La diversidad humana siempre ha sido motivo de conflictos en la convivencia social, principalmente por la búsqueda de los individuos de su lugar de posicionamiento y por las consecuencias que tiene el reconocimiento del otro en ello y en sus posibilidades de desarrollo personal efectivo.

Cuando falta ese reconocimiento y el grado de desarrollo que alcanzan las personas es escaso, se producen situaciones de vulnerabilidad que devienen de las actitudes discriminatorias del respectivo entorno, por no encuadrar en los parámetros de normalidad socialmente aceptados.

### **2. Grupos vulnerables. Personas con discapacidad**

Dentro de los parámetros de anormalidad se encuentran mezcladas, entre otras, las personas con movilidad o comunicación reducidas, los des o sub-ocupados, los sin techo, los que descartan voluntariamente las herramientas del sistema que previamente los excluyó y aún quienes gritan desprejuiciadamente sus deseos e inquietudes intentando ser escuchados por ese mismo sistema.

En ese afán por ser escuchados se ponen a merced del sistema que les da la opción de recibir asistencia en el marco de instituciones que parten de la idea de anormalidad y que, por ello, con la mejor de sus intenciones tratarán de encauzar el caso dentro de lo que es socialmente aceptado, aunque por la intervención de esas instituciones se profundicen el inconformismo del asistido y su falta de autonomía, concretándose una forma sutil (aunque no tanto) de discriminación.

Las condiciones físicas y psíquicas de una persona son algunas de las razones que generan esa vulnerabilidad.

Dentro de los parámetros de normalidad socialmente aceptados se encuentran múltiples referencias a la estabilidad emocional, la coherencia, la fortaleza física y espiritual, todos ellos valores que ponen en positivo la vida cotidiana de aquellas personas que son identificadas con esas cualidades.

Cuando, en sentido contrario, se habla de anormalidad se ponen de relieve actitudes que se ubican muy lejos de esos valores y que dan lugar al descrédito de sus ideas, de sus inquietudes y a la insatisfacción de sus necesidades o, lo que es peor, conducen al establecimiento de una dependencia de la voluntad del otro, siendo ninguneada su identidad personal y, con ello, su dignidad.

Esa (no tan) sutil discriminación opera bajo un manto de ambigüedades que toman diferentes

formas y que van desde un pretendido proteccionismo hasta un descarado abuso, que termina cercenando el equilibrio emocional que reclaman los defensores de los parámetros de normalidad y se constituyen en hacedores de la salud mental.

En otro orden de cosas, la (no tan) sutil discriminación que se da en torno a las personas en situación de vulnerabilidad social se encuentra en ámbitos que, lejos de promover principios insoslayables (como la igualdad, la justicia, en suma, la inclusión social) promueven disvalores en el individuo, que lo separan de su comunidad y lo someten a prácticas excluyentes como institucionalizaciones y/o medicalizaciones que impiden su participación social, aun en los asuntos que los involucran directamente.

A partir de allí, y después de un largo recorrido, surge la clasificación de personas con discapacidad, muchas veces confundida con la incapacidad.

Se debe señalar que la incapacidad, según el Código Civil, la declara un juez hacia una persona que no puede realizar ciertas actividades por su estado de demencia, para las que necesita que les designen un curador. En tanto, una persona con discapacidad es aquella que presenta deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

### **3. Evolucion histórica**

#### **3.1. Del modelo de prescindencia al modelo social**

A través de la historia, la desvalorización por cuestiones físicas o psíquicas ha adoptado diversas formas.

En la antigüedad, se dio lo que hoy se denomina modelo de prescindencia, según el cual la persona que no se consideraba con capacidad suficiente para alimentarse o combatir se eliminaba sin miramientos.

Se prescindía de ellas, en la convicción de que las anormalidades que presentaban eran consecuencia de un castigo divino.

La eliminación de las personas consideradas deficientes era lógicamente una muestra de superioridad de parte de los que decidían su eliminación.

Con el advenimiento del cristianismo, se adoptaron actitudes más piadosas y se comenzó a pensar en estrategias de colaboración para con aquellas personas a las que se les reconocía la necesidad de asistencia.

La supuesta superioridad de quienes prestaban colaboración también constituía un factor de poder que impedía que la persona asistida tomara sus propias decisiones para elegir su estilo de vida, dando lugar a lo que se conoce como modelo asistencialista.

Aparece posteriormente el modelo rehabilitador después de una serie de modificaciones de actitudes especialmente determinadas por el cristianismo y más adelante por los efectos de las guerras sostenidas mundialmente. La gran cantidad de heridos y mutilados que dejó las acciones bélicas determinó la necesidad de recuperar sus habilidades, en su beneficio y en el del Estado que tenía que hacerse cargo de sus vidas.

Este modelo se nutre esencialmente de la necesidad de normalizar a las personas con discapacidad, quienes terminan siendo cautivas del saber médico y de la dependencia de los grupos familiares –si los tuvieran– o de su institucionalización en establecimientos específicos.

Si bien esta etapa arrojó resultados positivos en cuanto a la posibilidad de minimizar las consecuencias discapacitantes a través de tratamientos intensivos, no permitió reivindicar a la

persona con discapacidad como titular de derechos. Esto significó una mayor incidencia en las limitaciones o imposibilidades de la persona afectada, en lugar de destacar sus potencialidades, pues se la consideraba un enfermo permanente, objeto de protección.

En este modelo las posibilidades de integración se encuentran disminuidas como consecuencia de la diversidad funcional; sin reparar en las causas o factores sociales que rodean a la persona.

En otras palabras, el énfasis se sitúa en la persona y su deficiencia, caracterizada como una anomalía patológica que le impide realizar actividades que se consideran normales, en tanto lo conduce a desviaciones de una supuesta norma estándar; desviaciones en la salud que deben ser curadas si se pretende su nivelación con quien no las tiene.

La asistencia pública, el trabajo protegido, la educación especial y los tratamientos médicos mediante la aplicación de avances científicos fueron las herramientas utilizadas a tal fin.

Lo más grave de esta circunstancia fue que, cuando la familia no pudo dar respuesta a esos tratamientos dentro de su seno, se promovió la institucionalización de la persona con discapacidad, situación que –como sucede hoy en día provoca aislamiento o segregación.

Desde este modelo, la asistencia social pasa a ser el principal medio de subsistencia para las personas con discapacidad, a quienes no se considera capaces de ninguna tarea rentable.

Cabe resaltar que también en este modelo la pertenencia a una determinada clase social determina, en gran medida, el destino de la persona con diversidad funcional, sobre todo en lo relativo al acceso al goce de tratamientos médicos y de avances científicos o tecnológicos.

El trato impartido a las personas con discapacidad desde este modelo se basa en una actitud paternalista, producto de una mirada centrada en la diversidad funcional, que genera subestimación y conlleva a la discriminación.

Como consecuencia de dicha creencia, una gran cantidad de personas con discapacidad fue encerrada en instituciones, alegándose que esa era una medida idónea a los efectos de la asistencia y la rehabilitación intensiva, que debía ser adoptada por su propio bien y con el fin de que no continuaran siendo una carga para la sociedad.

A partir de ello, la discapacidad es medida sólo con parámetros médicos, y es precisamente el médico quien, en definitiva, termina dirigiendo la vida y las elecciones de las personas con discapacidad.

### 3.2. Modelo social de la discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (aprobada en Argentina por Ley Nacional No 26.378) nos enfrenta con la necesidad de plasmar nuevos criterios que doctrinariamente se comenzaron a desarrollar centrados en el sistema de derechos humanos y que constituye lo que se ha denominado el modelo social de la discapacidad.

En este modelo, la discapacidad excede el ámbito de lo personal. Las limitaciones que normalmente se le atribuían a la persona se trasladan a los factores ambientales o sociales existentes en el ámbito en que la persona con discapacidad se encuentra inserta.

Para este modelo es la sociedad la que discapacita a la persona, pues su posibilidad de desarrollo y participación social estará sujeta a las condiciones socio-económicas a las que esté expuesta. Así, pierden vigencia los fundamentos que esgrimían los modelos explicitados anteriormente.

De este modo, partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con

discapacidad se encuentra relacionado con el grado de inclusión y la aceptación de la diferencia, que no debe ser negada sino comprendida y aceptada.

El modelo social se presenta en la actualidad como un reclamo, una aspiración, un ideal a alcanzar, porque los presupuestos que han sido plasmados en el ámbito del Derecho no han llegado a afirmarse en el ámbito de la dimensión social, política y económica.

El origen de este modelo social debe ser ubicado cronológicamente allá por los años 60 y geográficamente en Estados Unidos e Inglaterra, donde las mismas personas con discapacidad tomaron la iniciativa e impulsaron sus propios cambios políticos. Esto se dio, en Estados Unidos, por cuestiones educativas universitarias, mientras que en Inglaterra las personas con discapacidad reclamaron por su desinstitucionalización.

Las organizaciones de personas con discapacidad de aquel entonces se unieron para condenar su estatus como ciudadanos de segunda clase. Reorientaron la atención hacia el impacto de barreras sociales y ambientales como el transporte y los edificios inaccesibles, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos, los cuales –según alegaban– les imponían a las personas con discapacidad límites que, en otras condiciones, no existirían por la discapacidad misma. Ejemplo de ello se advierte en el plano laboral, cuando no se dan las condiciones de accesibilidad tecnológica para un trabajador/a ciego/a o cuando se le exige un rendimiento excesivo a una persona con dificultades en la comprensión. La persona ciega, a pesar de su discapacidad visual, puede realizar la misma tarea que los demás si cuenta con el apoyo tecnológico apropiado (por ejemplo, lector de pantalla), así como alguien con una discapacidad psicosocial puede realizar determinadas tareas si el entorno laboral no tiene actitudes hostiles hacia su persona. En estos casos, la situación discapacitante es la ausencia del dispositivo necesario (ajustes razonables) y no su discapacidad.

De este modo, la participación política de las personas con discapacidad y sus organizaciones abrió un nuevo frente en el área de los derechos civiles y la legislación antidiscriminatoria, aprovechando en su accionar la larga tradición en campañas políticas basadas en los derechos civiles de las personas negras, con su combinación de tácticas de lobby convencional y acciones políticas de masas. Emergió así un movimiento de derechos de las personas con discapacidad que dio origen al “movimiento de vida independiente” -1-.

Este movimiento permitió promover –entre otras cuestiones– los derechos civiles, el apoyo mutuo, la desmedicalización, y la desinstitucionalización. Reivindicó el derecho de las personas con discapacidad a definir sus propias necesidades y servicios prioritarios, y se proclamó contra la dominación tradicional de los proveedores de servicios.

Ha pasado más de medio siglo y se sigue luchando por concretar ese modelo, que hoy nos enfrenta a una reforma legal y a una modificación de las prácticas llevadas a cabo en torno a las personas con discapacidad, sin perjuicio de que la problemática que las afecta sea común a todos los grupos vulnerables. Siguen vigentes los parámetros discriminatorios que impiden su desarrollo en condiciones igualitarias a los demás, con la inevitable consecuencia de acrecentar su pobreza y su dependencia de recursos sobre los que deciden los factores de poder.

#### **4. Medicalización de la pobreza**

El enfoque social tiene avances limitados porque aún sigue vigente el modelo médico, en la medida en que crece el poder de la industria farmacéutica y la salud forma parte de una economía de mercado.

La condición de perpetuos enfermos que se les atribuye a quienes tienen limitaciones físicas o psíquicas aumenta la demanda de servicios y medicaciones, lo que, sumado a la estigmatización de la comunidad, retroalimenta ese mercado y acrecienta la discriminación.

Los desequilibrios -principalmente emocionales- que surgen de la discriminación determinan

la medicalización de la sociedad contemporánea en un proceso ilimitado que impide toda previsión de su alcance y desarrollo. En la actualidad, se define como médicos a problemas que pueden no ser de esta índole o que, aún siéndolos, no justifican la intervención desmedida y exclusiva del sector de la salud, puesto que intervienen en el proceso determinantes histórico-sociales, políticos y económicos.

La vulnerabilidad social es el producto de la falta de oportunidades a las que una persona está expuesta por diversas cuestiones que no siempre dependen de su decisión o voluntad.

La expansión de ese criterio de medicalización va desde la construcción de nuevas enfermedades hasta la incidencia en los procesos comunes de la vida, fenómeno conocido como medicalización de la vida cotidiana. Este incremento y despliegue, así como sus implicancias y consecuencias, lo transforman en un fenómeno cultural.

Entendido como un proceso de acción colectiva, es de todas formas instrumento principal de intereses comerciales y de mercado. Es mayormente conducido por la industria farmacéutica y biotecnológica, las corporaciones de seguro médico, los medios de comunicación masiva y las corporaciones profesionales, en interacción con el colectivo social y los consumidores.

Si bien estos actores sociales son motores clave de la medicalización, es oportuno reflexionar sobre algunos aspectos de la intervención de la medicina -especialmente el sector profesional especializado en salud mental- como intermediario o productor de este incremento, resaltando la sobre-intervención como obturación de otras áreas y sectores sociales.

Los avances científicos y tecnológicos de la medicina, al tiempo que reeditaron impensados beneficios, se han constituido en saberes hegemónicos que, consolidados como modelos de atención de la salud, concentran y dirigen la totalidad de las respuestas sanitarias.

La medicina actual forma parte de una industria de la enfermedad basada en el lucro y no en el derecho a la salud, que pone el énfasis en la proactividad para la producción de nuevos ideales del cuerpo y del comportamiento asociados a la belleza y juventud, al éxito, la eficiencia y autosuficiencia.

La medicalización es funcional a dicho proceso y a la vez lo recrea, a través de discursos y recetas médicas que sostienen estos ideales de identidad y se transforman en rectores de las vidas de las personas, condicionando su existencia y convirtiéndolas en consumidores.

## **5. Causas y efectos de la discriminación**

El efecto devastador que causan en la mente humana los cotidianos sufrimientos o las arbitrariedades en los que están implicados los individuos discriminados negativamente minan su voluntad y hacen que difícilmente se constituyan como sujetos de derechos, ya que un sistema plagado de prejuicios les resta valor.

Baste para dar cuenta de ello citar el hecho de que todo es decidido y prescripto por el psiquiatra tratante, sin consultar a la persona; además de obviar otras elecciones posibles (en el mejor de los casos, tal vez algún familiar podría intervenir en el camino a seguir). Nunca la elección de su forma de vida y de los tratamientos aplicados es potestad de la persona.

Esa desvalorización y esa ajenidad en las elecciones conforman personalidades cuyos rasgos distintivos pueden traducirse en conductas muy variadas, que van desde reacciones violentas hasta de intensa resiliencia.

Obviamente, esas reacciones no producirán igual ruido en el otro que las observa. Cualquier reacción violenta causará mayor temor y generará más incomprensión, mientras que cualquier reacción resiliente generará una mayor tranquilidad o admiración. Temor, incomprensión, tranquilidad y/o admiración que conducen generalmente a no establecer un compromiso con la vulnerabilidad del otro.

La posición que se tome al respecto variará según el compromiso que se tenga con el otro, según el nivel de toma de conciencia que se alcance o la relación obligacional que conecte a uno y otro. Aun en cada una de esas variables se dan diferencias en función de las oportunidades de cada uno; oportunidades que pueden darse en el plano cultural, en el plano afectivo o en el plano económico. Esto se emparenta con el nivel de salud de la persona, entendida como el óptimo estado de bienestar físico, psíquico y social, según la define la OMS.

Esos tres estadios se relacionan entre sí, por lo que si uno se desequilibra, es posible que se afecten los otros, ya que los mismos mecanismos que se empleen para equilibrar uno de los estadios probablemente influyeran negativamente a otro.

Así las cosas, se termina entendiendo la exclusión social como una cuestión médica que, en afán de equilibrar los distintos estadios, patologiza la situación, lo que –como ya se dijo– impone asistencialismo y dependencia, perpetuando la figura del paciente en lugar de constituir a la persona como destinataria de oportunidades para participar plenamente en los asuntos que la convocan.

La calidad de vida de una persona, en suma, termina siendo una cuestión de oportunidades. Oportunidades que varían según el posicionamiento socio-económico de la persona, lo que está en relación directa con las pautas políticas y culturales que rijan la sociedad.

La cultura y la política determinan, entre otras cosas, la forma de distribuir los recursos dentro de la comunidad y serán esos recursos (materiales y no) los que posicionen a los hombres y mujeres de la comunidad en un determinado nivel de desarrollo.

Las situaciones en las que se debe maximizar la disponibilidad de recursos para incluir socialmente a grupos desaventajados colisionan con el interés de quienes detentan el poder de distribuirlos, quienes optan por basarse en clasificaciones que desacreditan la necesidad de la inversión de esos recursos.

Primando el criterio médico, se echa mano a diagnósticos reduccionistas con etiquetas estigmatizantes que desvalorizan el potencial de cada uno.

La existencia de un diagnóstico en el campo de la salud mental, por ejemplo, no autoriza en ningún caso a presumir algún tipo de daño o incapacidad que lo torne prescindible y por ello no amerite el acceso a dichos recursos.

El dar por supuesto que todas las personas que comparten un mismo diagnóstico tienen el mismo proyecto de vida, los mismos intereses y las mismas probabilidades de reinsertarse en la sociedad bajo iguales mecanismos es una falta de mirada macrosistémica, que termina justificando la no inversión de recursos.

Sucede que cuando los profesionales evalúan estas cuestiones generalmente no toman en cuenta que el cuadro situacional de una persona no empieza ni termina en su supuesta patología psiquiátrica, ya que en su entorno hay todo un contexto histórico y social que le sirve de antecedente, que condiciona su presente y somete su futuro.

Como si esto fuera poco, se estigmatiza a la persona poniéndole una mochila que no es propia, y se la organiza en función de una rutina, donde prevalecen aspectos rígidos, medicalizando todo tipo de actividades que lo rodean. Así, aparecen los famosos talleres de musicoterapia, en el lugar de los talleres de música. Cuando una persona va a estudiar piano, o toca en una banda de rock, no se nos ocurre decir que va a musicoterapia. Si se va a medicalizar el mundo, entonces que todo el mundo haga musicoterapia, porque está demostrado por diversas investigaciones que la música produce cambios en todos nosotros.

De modo que, si hay que invertir recursos en dispositivos de inclusión, se justifique su disponibilidad por ser una medida apropiada para toda la comunidad y no por tratarse de un espacio de inclusión exclusivo.

### 5.1. Contenido económico de la discriminación

La discriminación negativa tiene, entonces, un basamento cultural influenciado por el contexto político de que se trate y por las condiciones económicas que se impongan en esas circunstancias.

Donde no haya una equitativa distribución de recursos no habrá una equitativa distribución de oportunidades para la efectiva inclusión social, salvo que el mismo sistema político-económico lo requiera... como ha ocurrido con las mujeres, cuyo grado de exclusión o inclusión social a través de la Historia ha estado dado por cuestiones económicas (además de otras que ya conocemos). La inclusión de las mujeres estuvo sujeta tanto a las necesidades del sector como a las del mismo sistema, que alternativamente hacía que se quedaran en sus hogares -procreando o asistiendo a su familia- o que se incorporaran al mercado laboral –en puestos con menos posibilidad de ascenso, porque su rendimiento también estaba signado por las obligaciones domésticas de las que no quedaron exentas o porque el nivel de remuneraciones era menor dada su escasa capacitación y/o experiencia). Todos estos procesos revistieron en sí mismos una actitud discriminatoria con un fuerte determinante económico: cuanto menor era el espectro social en el que había que repartir las ganancias, más provecho quedaba para los capitalistas.

Si a la condición femenina se le agrega una diversidad funcional –sea cual fuere– se concluye que, a nivel competitivo, se sigue reduciendo ese espectro social objeto de la redistribución (triple discriminación: mujer, discapacidad, pobre).

Por algo ni las organizaciones de mujeres en los informes de la CEDAW hacen referencia alguna a la mujer con discapacidad, a pesar de haber analizado exhaustivamente la situación de las mujeres “convencionales”, de las mujeres indígenas, de las refugiadas, de las presidiarias, de las portadoras de HIV.

Por algo una de las mayores incógnitas sobre la integración laboral de personas con discapacidad a través de cupos reservados se encuentra en el accionar de los sindicatos (fuertes cotos de poder económico), en los que la participación de personas con discapacidad, en general, es aún incipiente en los cargos directivos, y nula en lo que respecta a mujeres con discapacidad.

Es cierto que los prejuicios, mitos, leyendas y estereotipos son construcciones culturales que forman parte de un sistema educativo que poco o nada hace para su modificación efectiva y positiva, pero los lineamientos educacionales también están orientados por el tipo de economía que se pretenda implementar.

No obstante, en materia de creencias respecto a las personas con discapacidad se ha avanzado bastante, empezando por las actitudes de las familias que en la actualidad raramente esconden a sus integrantes con discapacidad.

En ese accionar a nivel educativo, lo económico juega un papel fundamental en la exclusión; ya sea por falta de accesibilidad física, ya sea por falta de docentes con la debida capacitación o por la ausencia de innovación tecnológica.

Lo que no ha variado es el asistencialismo y el proteccionismo que se impone y reduce las posibilidades de desarrollo personal y autodeterminación. Esto también tiene un fuerte componente económico, en la medida en que las instituciones creadas a esos efectos encuentran la justificación de su existencia en la dependencia de las personas con discapacidad y no en su liberación, lo que se traduce en un modo de opresión.

Ante el corrimiento del Estado de sus funciones garantistas en un modelo económico netamente capitalista, esa misión queda en manos de instituciones que, si bien están reconocidas como entidades sin fines de lucro, deben reunir los medios para su subsistencia, transformándose en empresas prestadoras de servicios. Éstas brindan asistencia a través de arancelamientos excesivamente onerosos o a través de subsidios del propio Estado.

En otro orden de cosas, si se analiza esto desde la imagen que los medios de comunicación difunden, también se advierte el componente económico y la reafirmación de que la persona con discapacidad no reviste la calidad de usuario/a, consumidor/a. De allí que no aparezca como un sujeto productivo ni generador de beneficios económicos, salvo en el uso de los insumos que resulten propiamente destinados al tipo de discapacidad de que se trate y sobre lo cual tampoco se difunde a nivel masivo información concreta.

Se publicita lo que convoca el interés de las mayorías, porque eso implica una mayor comercialización de los bienes y/o servicios. No se difunde lo que hace al interés o deseo de las minorías que, además, son discriminadas en la posibilidad de generar recursos a disponer en la comercialización de esos servicios o productos.

La tradicional referencia a la invisibilización de la discapacidad no resulta muy aceptable a la hora de evaluar actitudes discriminatorias.

La discapacidad no pasa inadvertida por la sociedad en general, aunque su presencia en los ámbitos comunes es escasa –o tal vez por eso mismo–. No escapa a la sociedad convencional la necesidad de prestar colaboración a una persona con discapacidad; no escapa a la sociedad la existencia de obstáculos que requieren su intervención basada en su espíritu de solidaridad.

La solidaridad es una actitud característica del cristianismo –a juzgar por las pautas que impone nuestra cultura– que históricamente ha señalado el beneficio de dar una limosna al indigente y contención al desposeído, pero adviértase la posición que las personas adoptan al brindar y recibir una limosna: el indigente se ubica en un nivel más bajo, a nivel del piso, mientras que el solidario generalmente está de pie. El indigente se presenta lastimoso, con la vista hacia el solidario, al tiempo que el solidario generalmente se encuentra con la vista fija en lo que dará como colaboración.

Hay una relación de poder que sobreeleva al solidario y hunde al indigente; inconsciente, tal vez, pero que evidentemente discrimina, diferencia, separa. Cuando esa solidaridad se perpetúa en el tiempo, somete, condiciona, y forma personalidades que lejos de estar orientadas al desarrollo personal, se ven estigmatizadas como dependientes, formando parte de vínculos asimétricos.

Lo peor es que cuando la persona vulnerada toma la decisión de romper ese círculo mediante el ejercicio de sus derechos la denuncia de irregularidades o la presentación de reclamos... se los termina acusando de irascibles, resentidos, y hasta de contrarios a la política de turno.

Invocar a la solidaridad como motor de un cambio de actitudes sociales no es precisamente una medida que garantice oportunidades, pues crea una cultura de dominación o, cuando menos, de dependencia.

Es más acertado, en cambio, promover el criterio de responsabilidad social.

En casi todos los casos en los que resulta necesaria una actitud solidaria, previamente ha operado la irresponsabilidad de alguien. Si cada uno, en su devenir cotidiano, cumpliera responsablemente el rol que le corresponde, la solidaridad –entendida como gesto de conciencia hacia el necesitado– no tendría razón de ser.

El criterio de solidaridad es preocupante porque se supone que quien da lo que voluntariamente decide (la solidaridad no es un concepto legal, no es una obligación) espera del otro un reconocimiento; ese reconocimiento impone gratitud y la gratitud implica conformismo (“me conformo con lo que me dan”; “a caballo regalado no se le miran los dientes”; “¿qué

pretende?, si le di lo mejor que tengo). En ese razonamiento, ¿a qué quedan reducidos los derechos? ¿En qué consisten las obligaciones?

Cuando la sociedad advierte la discapacidad, actúa solidariamente. Pero en la mayoría de los casos ha habido antes una irresponsabilidad de quien generó o ignoró el obstáculo a sortear por la persona con discapacidad.

También, la mayoría de las veces eso tiene un componente económico: el hecho de que no se han dispuesto los recursos necesarios para neutralizar el efecto negativo de ese obstáculo.

La solución a ese obstáculo, que se opone a la integración social de la persona con alguna diversidad funcional, no puede depender de la voluntad de quien actúe solidariamente. Debe ser un imperativo surgido de la responsabilidad del semejante... incluidas (y fundamentalmente) las autoridades públicas.

## 5.2. Sutiles discriminaciones

Incluso cuando un automóvil se detiene irresponsablemente ante un vado peatonal en una esquina aparece el móvil económico que genera la discriminación, porque el infractor, muy probablemente, habrá intentado ahorrarse el gasto de un garage o ahorrarse el tiempo a invertir en su trámite. El infractor no invisibiliza la discapacidad, porque la existencia del vado peatonal que obstruye, señala su existencia. Y aún así, lo obstruye. No cabe aspirar a su solidaridad, sino a su responsabilidad.

En cambio, cuando la solución al obstáculo depende de partidas presupuestarias que el mismo Estado debe disponer, no se puede hablar de voluntarismo. Esto se debe a que su obligación deviene de un imperativo legal que ordena la supresión de las barreras existentes. No disponer de esas partidas implica, también, una irresponsabilidad; en el caso de las autoridades públicas, rayana con la corrupción que distrae partidas de su destino obligado; componente económico que discrimina negativamente a los naturales destinatarios de las respectivas partidas y beneficia... vaya uno a saber a quién (pero ese es tema de otro tratado).

La discriminación, como concepto jurídico, refiere a las conductas o actitudes que arbitrariamente limitan, restringen, alteran o impiden el ejercicio de un derecho, basándose en determinados atributos de una persona o de un grupo, tengan el propósito de discriminar o no. Es decir que lo que se debe evaluar es el resultado de esa conducta, independientemente de la intención que la anime.

El problema no es que se los invisibilice en el imaginario social como destinatarios de planes, programas y políticas sociales (lo que, por otra parte, reafirma el asistencialismo). El problema es que se los invisibilice como sujetos de derechos, sean mujeres u hombres con discapacidad... o sin discapacidad... Y lo peor es que eso no genere ninguna responsabilidad, a pesar de existir mecanismos legales, sociológicos y tecnológicos disponibles para corregir las situaciones de exclusión social que discriminan a quienes aparecen como diferentes en el imaginario social. Entre éstos, algunos de los exponentes más preocupantes son las personas con discapacidad intelectual y psicosocial, que son tal vez las menos comprendidas.

## 6. Estrategias legales en salud mental y derechos humanos

La salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus habilidades, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabaja productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (definición OMS, año 2001).

En sentido contrario, una enfermedad mental afecta la cognición, las emociones y/o la conducta de una persona; interfiere en su habilidad de funcionar en la familia, su trabajo y en la sociedad. Ejemplos de ello: psicosis, depresión, ansiedad, demencia.

La discapacidad psicosocial es la situación que enfrentan las personas con alguna enfermedad mental por efecto de la discriminación y las barreras actitudinales que les impiden participar.

No significa que tengan limitaciones intelectuales. Por ello, se considera que la discapacidad intelectual refiere al modelo médico, mientras la discapacidad psicosocial corresponde al modelo social, que implementa la CDPD (Ley Nacional No 26.378).

La discapacidad mental puede superarse o sus efectos morigerarse con el tratamiento apropiado o los apoyos requeridos, mientras que la discapacidad intelectual –que generalmente se detecta a edades más tempranas– es una condición de por vida, que se caracteriza por las deficiencias en las habilidades de la inteligencia: aprendizaje, lenguaje, memoria, habilidades sociales, psicomotricidad, etc.

La discapacidad intelectual puede afectar a personas de cualquier clase social; la discapacidad psicosocial, en cambio, generalmente se encuentra en estratos sociales más pobres y marginados, más estigmatizados y frecuentemente expuestos a violaciones de sus derechos humanos. Adviértase que la discapacidad y la pobreza se retroalimentan como consecuencia de la disminución de oportunidades de desarrollo.

La discapacidad psicosocial fundamentalmente requiere servicios de rehabilitación y habilitación social insertos en la comunidad de que se trate (RBC). Sin embargo, las comunidades no tienen previsiones al respecto, en tanto no atienden a personas con discapacidad psicosocial, dada la persistente confusión con la discapacidad intelectual.

La CDPD (ONU) es el primer cuerpo legal que reconoce la discapacidad psicosocial y contiene normas que refieren a su inclusión social en mérito a las múltiples previsiones sobre los principios que la inspiran (artículo 3) y las medidas que el Estado está obligado a instrumentar para que la comunidad alcance a tomar conciencia sobre los derechos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad (artículo 8). Algunos de éstos son el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, a elegir dónde y con quién vivir, sin atenerse a un sistema de vida específico (artículo 19).

Lo mismo ocurre con lo referido a salud, en el artículo 25 que establece la obligación de contar con el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad para recibir tratamientos de salud de igual calidad a la del resto de la población, que sean prestados en proximidades de sus respectivas comunidades, incluso rurales.

De fundamental importancia resulta el artículo 12 de la CDPD que establece el igual reconocimiento de las personas ante la ley.

Se deberá tener en cuenta que las personas con discapacidad psicosocial ejerzan ese derecho por sí o con la ayuda de las salvaguardias que designe -proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona-, garantizando se respeten los derechos, la voluntad y las preferencias del titular, sin que haya conflicto de intereses ni influencia indebida.

Tanto la CDPD como la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) No 26.657 promueven la estricta consideración de la persona como un sujeto digno, capaz de tomar sus propias decisiones en forma independiente, para lo cual se considera pertinente fortalecerla desde diversas esferas.

Empoderar a la persona con discapacidad es una de las medidas que se intentan plasmar por imperio de esas normativas, jerarquizando las actividades que promuevan cambios a nivel emocional, para estabilizar la psiquis de la persona.

Ya lo especifica la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, No 448 (sancionada e incumplida desde 2000), cuando en su artículo 2 reconoce a la salud mental como una construcción social, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica vinculada a la concreción del derecho al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la educación, a la cultura, a la seguridad social, a la capacitación y a un medioambiente saludable.

La LNSM sancionada recientemente en nuestro país refuerza esta mirada.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad tiene un lema: "Nada sobre nosotros/as sin nosotros/as". Esto justamente va en aquella dirección.

El crecimiento de una persona siempre implica correr riesgos. Toda la legislación vigente tiende a reconocer el derecho a correrlos, permitiendo así una planificación de vida, mediante la evaluación de las diferentes opciones de que se disponga.

En ese accionar dentro del ámbito comunitario se encuentran tanto los derechos a la educación y a la formación laboral, como el de inserción o conservación del empleo.

En relación con ello, nuestra legislación vigente contempla diversas vertientes que abarcan desde la incorporación a los organismos públicos y empresas privadas prestadoras de servicios públicos, en cumplimiento de las cuotas o cupos reservados por ley (4% en el orden nacional – Ley Nacional No 25.689– y 5% en la Ciudad de Buenos Aires -artículo 43 CCABA y Ley No 1.502), los Talleres Productivos de Producción (TPP) o los Talleres Terapéuticos de Producción (TTP) hasta la explotación de pequeños comercios en organismos públicos, tal como lo establece la Ley Nacional No 24.308. Estas previsiones legales, sin embargo, no han logrado modificar la histórica desocupación de las personas con discapacidad, máxime si se trata de personas con discapacidad mental o intelectual, etiquetadas como seres absolutamente improductivos.

Las actividades laborales se consideran esenciales a los efectos de una mayor socialización de cualquier persona, sobre todo para aquellas que necesitan levantar su autoestima y requieren permanecer en ámbitos compartidos por pares.

La LNSM prevé que los equipos interdisciplinarios a cargo interactúen con los diferentes espacios donde la persona se puede insertar o reinsertar laboralmente, como ser los emprendimientos sociales, especialmente cooperativos.

No se trata de promover el trabajo en calidad de entretenimiento o dádiva, sino de un trabajo digno por el que se reciba una remuneración apta para satisfacer sus necesidades, para no reproducir situaciones de dependencia.

Dentro de las necesidades que mayor incidencia tienen en relación con la recuperación de un estatus social debemos considerar la vivienda, ya que contar con un espacio estable para vivir es fundamental para la organización de la vida cotidiana y permite disfrutar de una intimidad.

Disponer de un hábitat es uno de los mayores problemas a enfrentar para las personas con discapacidad intelectual o psicosocial que reciben el alta de una internación. El aislamiento al que estuvo sometida la persona internada es un factor de difícil superación, sobre todo cuando no dispone de los recursos económicos suficientes y cuando siguen vigentes pautas culturales expulsivas por su carácter estigmatizante.

Nuestra legislación prevé dispositivos de externación que varían de acuerdo a las efectivas posibilidades de autogestión de las personas externadas. Éstos abarcan las casas de medio camino (cuando se requiere personal especializado permanente) y casas de convivencia (de uso colectivo sin personal permanente).

Por eso es imprescindible que el estado implemente los recursos de ley: reducir los tiempos de internación, solo proceder cuando sea inevitable y hacerlo por breves lapsos, respetando los procedimientos legales.

La política pública actual no da respuestas concretas a estos requerimientos, por lo que resulta imposible cumplir con el mandato legal de evitar las internaciones (las cuales deberían ser sólo aplicables cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio).

En la práctica, rara vez se tiene en cuenta la posibilidad de que se ejecute una internación domiciliaria, a pesar de que la norma señala que se debe aplicar la estrategia terapéutica que menos limite la libertad del usuario de los servicios.

Ambas leyes en materia de salud mental contemplan la internación involuntaria, cuando a criterio del equipo tratante haya riesgo cierto o inminente para la persona con discapacidad o para terceros. Esto transgrede así uno de los principios inherentes al hombre: su derecho a elegir sobre su vida. Se omite considerar la dignidad del riesgo como uno de los elementos que hacen a los criterios de autonomía e independencia.

La LNSM prohíbe la creación de establecimientos de internación monovalentes, neuropsiquiátricos y manicomios –públicos o privados– que constituyan muros que impliquen una separación de los dos mundos existentes hasta ahora.

El criterio de resguardar a las personas con discapacidad psicosocial debe estar dirigido a preservar sus derechos humanos y no a tener guardadas las personas en instituciones que las aíslan del resto de la sociedad, porque ello reproduce situaciones de marginación y discriminación.

La atención de la salud de personas con discapacidad psicosocial debe encararse en forma paralela a la atención de cualquier persona en los establecimientos sanitarios generales.

En la práctica, el hecho de que las personas estén internadas en un hospital monovalente refuerza el aislamiento y favorece diversas emociones, como el miedo. Un claro ejemplo es que cada vez que las personas necesitan hacerse un estudio de orden médico clínico de cierta complejidad se deben trasladar a un establecimiento de salud general. Al estar institucionalizados durante largos periodos, aparecen factores como el miedo al afuera ante la incertidumbre de cómo moverse en ámbitos desconocidos; situaciones que no son producto de su patología, sino una clara consecuencia de los días de encierro que generan desorientación témporo-espacial.

Es común observar que cuando un usuario de salud mental entra a una guardia porque le duele, por ejemplo, un ojo, en lugar de ser atendido solo por un oftalmólogo, también se convoca a profesionales de la salud mental. Todo el dispositivo se construye en función de su supuesta vulnerabilidad, dada la creencia de que, por su diagnóstico de patología psiquiátrica, necesita asistencia permanente.

Los neuropsiquiátricos ya existentes deberán adaptarse a este nuevo modelo, sin que ello implique una reducción de personal ni una vulneración de los derechos ya adquiridos.

Lo que aparece como una estrategia fundamental es la referencia que la LNSM hace al hecho de que las universidades deben proporcionar instrucciones sobre esta ley y el modelo social de la discapacidad - entendiendo la misma desde una perspectiva de derechos humanos- a los profesionales en formación a quienes les corresponda tomar contacto con las instancias de tratamiento.

Resulta imprescindible incorporar la temática de discapacidad en todas las carreras de grado universitarias, cualquiera sea la disciplina profesional de que se trate, debido a la escasa disponibilidad de profesionales idóneos para asesorar a las personas con discapacidad acerca de sus derechos y obligaciones.

## 6.1. Mecanismos de control

Las reformas legales operadas a través de la aprobación de la CDPD y la sanción de la

LNSM exigen que el proceso de reglamentación en marcha sea muy celoso respecto a la constitución de los órganos de control de su aplicación. Esto se debe a que los procedimientos y prácticas que esos cuerpos legales implementan son exigibles desde el momento de su sanción y generan la responsabilidad de todos los profesionales y autoridades que intervengan.

La Argentina tiene un triste récord en materia de incumplimientos de la legislación aplicable a discapacidad, por lo que cobra una vital importancia la designación de un abogado defensor que intervenga gratuitamente en las cuestiones de internación involuntaria de personas adultas en establecimientos de la Ciudad de Buenos Aires desde el ingreso hasta su externación, a pedido del internado o de su representante legal, tal como lo dispone el artículo 22 de la LNSM.

A esos efectos la Defensoría General de la Nación dispuso que dicha función recayera en las Curadurías Públicas. Pero, en razón del cúmulo de tareas a cargo de los curadores, esto no resultó una solución a la inmediatez que requerían las problemáticas planteadas. Vista la necesidad de arbitrar un mecanismo más idóneo, por Resolución DGN No 558/11 se creó -como proyecto piloto- una "Unidad de Letrados artículo 22 Ley No 26.657", a integrarse por ocho Secretarías de Pr-mera Instancia y un equipo interdisciplinario conformado por tres médicos psiquiatras, tres psicólogos y tres trabajadores sociales, que ejercerán la actividad de defensa técnica, conforme lo previsto por las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en condiciones de Vulnerabilidad.

El artículo 38 de la LNSM determinó también la conformación del Órgano de Revisión (OR) en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, dado el déficit registrado en el contralor de situaciones consideradas violatorias de derechos humanos.

Se refuerza así la necesidad de desarrollar dispositivos de control que impidan que se siga naturalizando la segregación de las personas con discapacidad psicosocial, a las que el Estado debe conferir una protección especial en orden a la vulnerabilidad a la que históricamente se las ha sometido.

La CDPD insta a los estados parte a proporcionar a los usuarios/as de servicios de salud mental las salvaguardias adecuadas y efectivas para que cada decisión importante pueda ser revisada por un órgano competente, independiente e imparcial. Siguiendo estos lineamientos, el OR debe estar integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público, de organizaciones de usuarios y familiares, de profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales de defensa de los derechos humanos.

Entre las funciones del OR deben destacarse las que refieren a supervisión y regulación de las condiciones en que se brindan los servicios de salud mental; el seguimiento y la revisión de internaciones involuntarias, internaciones voluntarias prolongadas e intervenciones para las que no se haya prestado consentimiento informado; el control y la denuncia de violaciones de derechos humanos y la supervisión de problemáticas estructurales del sistema de salud mental.

Sin perjuicio de que todas sus funciones sean relevantes, se pone un énfasis especial en lo relativo a la revisión de las decisiones que se tomen al respecto de la capacidad jurídica de los usuarios/as y de la regulación de las condiciones en que se prestan los servicios de salud mental, dadas las múltiples denuncias sobre abusos de tal entidad que se consideran violaciones al Tratado contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

En consecuencia, el OR debe velar por que, en las intervenciones que se efectúen en torno a las personas con discapacidad psicosocial, especialmente relacionadas con su libertad y con el ejercicio de su capacidad jurídica, se desarrollen procesos de interdicción eficaces con estricto respeto al proceso legal y al derecho de defensa en juicio.

Para contrarrestar la debilidad que puedan tener las intervenciones del OR, dado el carácter no vinculante de sus opiniones, es indispensable que se garantice su legitimidad institucional mediante el prestigio de los integrantes que la conformen, cuyo perfil y compromiso con la

protección de derechos humanos sean ampliamente reconocidos, de modo que logren la mayor incidencia posible por considerarlos idóneos técnica y éticamente, además de que se encuentren comprobadas sus contribuciones a favor de estos derechos y sean representativos ante las organizaciones sociales y ante el Estado.

La designación de los miembros del OR debe ser el resultado de un procedimiento regido por los principios de participación, transparencia, apertura y publicidad, para no sembrar dudas respecto de su legitimidad e idoneidad.

Sus decisiones deben ser públicas y fundamentadas, además de contar con una equilibrada representatividad de las organizaciones de usuarios de servicios y de las organizaciones defensoras de derechos humanos. Esto se establece en compensación a la larga historia de reclamos sobre servicios de salud mental que no han dado respuesta satisfactoria a las necesidades de los usuarios (sino más bien todo lo contrario) y en cuyas intervenciones han tenido predominio exclusivo los profesionales de la salud y los funcionarios competentes.

Una vez hecha pública la nómina de aspirantes a integrar el OR, se considera necesario abrir una instancia de impugnación o defensa de las postulaciones y el desarrollo de una Audiencia Pública que brinde la oportunidad de debatir esas candidaturas por parte de la sociedad civil, de manera que se garantice su funcionamiento independiente, imparcial, interdisciplinario e intersectorial. Así se garantizará un equilibrio de fuerzas, conforme lo establecen los artículos 4.3 y 33.3 de la CDPD.

## **7. Conclusiones**

Para las personas que se desenvuelven en forma diferente es muy difícil encontrar una posición superadora en un mundo con pautas culturales cargadas de prejuicios, influenciadas por un poder político que persigue acumular beneficios económicos y, para ello, promueve la reducción del espectro de los beneficiarios de su distribución.

Esos factores de poder someten a las personas que están por fuera de los parámetros de normalidad socialmente aceptados a situaciones de dependencia y marginación, que los desvalorizan y los excluyen de la vida en comunidad.

De esta forma, los grupos vulnerables que se caracterizan por requerir asistencia, son discriminados negativamente en sus oportunidades de educación, empleo, participación socio-política, etc.

Así ocurre con quienes, entre otros, presentan una deficiencia física o psíquica, y terminan siendo rehenes de un sistema de salud mercantilizado, sojuzgados por la industria farmacéutica que los perpetúa como enfermos, en lugar de considerarlos titulares de derecho.

En la actualidad, los avances sociológicos, jurídicos y tecnológicos permiten –y obligan a– modificar el paradigma imperante, a partir de que la legislación nacional e internacional proporciona las herramientas para equiparar las oportunidades y lograr la igualdad de trato de las personas con discapacidad, incluidas las personas con discapacidad psicosocial.

El reiterado incumplimiento de la legislación vigente en la Argentina, la ineficiencia de los respectivos organismos de aplicación y la ineficacia de los órganos de control han motivado el surgimiento de las organizaciones sociales en discapacidad, que elaboraron una Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, en el seno de la ONU, y promovieron la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.

Hoy, las organizaciones sociales se empeñan en establecer los mecanismos de monitoreo y los órganos de control que establecen los respectivos plexos normativos.

Reclaman la conformación de un Órgano de Revisión en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, que respete el protagonismo de los usuarios de servicios de salud mental y actúe

con procedimientos eficaces, independientes, transparentes, interdisciplinarios e intersectoriales para controlar que los servicios de salud mental se presten bajo el estricto respeto de los derechos humanos de los usuarios.

*En: "Panorámicas de Salud Mental. A un año de la sanción de la ley 26.657". Ed. Eudeba, 2012*