

En: *XXV Congreso Argentino de Psiquiatría, organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos*, CD-Rom, pp. 532-543.

Algunos interrogantes sobre el derecho humano a la salud mental

Autores: Lic. Carolina A. Cano / Dr. Eduardo J. Vior

Datos de Carolina Cano:

Cel: 02293 15639766

Email: carolicano2005@yahoo.es

Datos de Eduardo J. Vior:

Cel.: 011-15 5728 1004

Email: ejvior@gmail.com

Tema: La salud mental como derecho humano

Palabras claves: derecho humano a la salud mental, familias, profesionales, Estado

Resumen:

La garantía de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental que conviven la mayor parte del tiempo en su comunidad plantea desafíos importantes para el modo de organización de la sociedad cuestionando especialmente el modo en que se distribuye la responsabilidad por su cuidado entre el Estado, las familias y los grupos profesionales.

En esta ponencia se reflexiona sobre el tema partiendo de una aproximación intercultural a los Derechos Humanos que considera que los mismos son universales y a la vez contextuales, es decir se realizan de acuerdo a las particularidades de cada cultura debiendo considerarse en el caso a analizar los hábitos y costumbres sociales, así como las características de las instituciones familiares en nuestra sociedad.

En este sentido se parte de la construcción de casos en la ciudad de Tandil reconstruyendo las historias de vida de personas con sufrimiento mental a partir del registro de las historias clínicas del Hospital Santamarina y los expedientes judiciales.

Pudo observarse que la responsabilidad por el cuidado de la salud mental recae en gran parte en las familias. El Estado espera que las familias comprendan la enfermedad mental, generen un ámbito contenedor, controlen y aseguren el cumplimiento del tratamiento.

Sin embargo, para garantizar el Derecho Humano a la Salud Mental, es necesario que exista una política en Salud Mental que reconozca y articule los esfuerzos de las familias, los grupos profesionales y las instituciones estatales.

Algunos interrogantes sobre el derecho humano a la salud mental

Introducción

La forma cómo se garantizan los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental que se encuentran gran parte de su tiempo insertas en su comunidad de origen constituye un tema de actualidad. En las últimas décadas se han registrado importantes cambios en el tratamiento de las personas con sufrimientos mentales en los que confluyen las transformaciones que se producen tanto en la organización de los sistemas de salud municipal, provincial y nacional como de los organismos internacionales, con sus particularidades en cada nivel. Estos cambios implican avances respecto al reconocimiento de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental, aunque plantean nuevos interrogantes.

En Tandil, como en las demás ciudades del interior de la provincia de Buenos Aires, la atención de la salud mental en el sector público se desarrolla en una sala del hospital general. El funcionamiento de esta sala responde a la ley 8388: *Programa Provincial de Salud Mental* (1975). Es decir, la atención de la salud mental pública se restringe únicamente a breves periodos de internación. Hasta 1988 la atención de la sala de Salud Mental contaba con varias camas y las internaciones se prolongaban en el tiempo. Desde esa fecha hasta 2002 aproximadamente se implementó la modalidad de Hospital de Día. Una imagen representativa de los primeros momentos del cambio es que comenzaron a sacarse las camas y los espacios que quedaron libres fueron utilizados para actividades grupales que favorecieran la interrelación entre los pacientes: asambleas terapéuticas, talleres de dibujo y expresión, reuniones con familiares, etc. Es decir que a partir de esa fecha se abandona el modelo asilar y se comienzan a adoptar como objetivos de la atención pública la reinserción social de las personas con sufrimiento mental. Sin embargo este modelo depende fundamentalmente de la voluntad de los profesionales de la salud mental con lo cual con el tiempo comienza a debilitarse el acompañamiento de los pacientes y la atención pública de la salud mental se restringe a internaciones breves y a la atención por consultorio externo.

Esta realidad, con sus características concretas, corre paralela a los cambios que desde hace algunos años se vienen produciendo respecto a la protección de las personas con sufrimiento mental en otros niveles. Se puede observar que a nivel nacional se pasa de un modelo asilar a principios del siglo XX a un modelo en el que las internaciones son más breves en el tiempo. Sin embargo siguen coexistiendo diferentes modos de atención de la salud mental de la población. Desde las políticas del Estado se siguen sosteniendo los manicomios, según lo dispuesto por la ley 22914 de Salud Pública sancionada en el año 1982, y otras prácticas internativas como los hogares psiquiátricos.

Junto a esta práctica entraron en vigencia la ley 25421 sobre “Creación de un Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental” (2001) y el Plan Nacional de Salud Mental (Resolución Ministerial N° 254/97), que propician la atención primaria de la salud mental y la vida en la comunidad de las personas con sufrimiento mental. A su vez, en distintas provincias se han desarrollado diversas propuestas de desmanicomialización y de reinserción social que fueron llevadas a cabo por algunos profesionales involucrados en la temática.

Otra de las expresiones de estos cambios se refleja en el avance en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental en las organizaciones internacionales. En 1948 se fundó la Federación Mundial de la Salud Mental que en su 40° aniversario adoptó la *Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental* (1988). Por su parte, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en diciembre de 1991 la Resolución 46/119 sobre *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. A su vez, la Organización Mundial de la Salud realizó una selección de los mismos, enumerando y describiendo *10 principios básicos de las normas para la atención de la Salud Mental* (1996). También la Organización Panamericana de la Salud adoptó la *Declaración de Caracas: Derechos Específicos de los Enfermos Mentales* (1990) y la *Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual* (2004).

En general estas declaraciones ponen el acento en el derecho del enfermo mental a ser tratado con el respeto y la dignidad propia de la persona humana, reconociéndoles derechos idénticos al resto de los ciudadanos (OPS, 1990: Art. 3, ONU, 1991: Principio 1). El concepto de dignidad de la persona humana establecido en estos documentos como principio rector busca poner fin a distintas situaciones de abuso, explotación, violencia física y psíquica, estigmatización y discriminación como también de la experimentación médica y científica a la que se han visto expuestas las personas con discapacidad mental (OPS, 2004: 2). A su vez se subraya el derecho a vivir en su comunidad (OMS, 1990: principio 4; ONU, 1991: principio 3 y 7). También en ellos se insiste reiteradamente en la abolición del manicomio y la reinserción social de las personas con sufrimiento mental (OMS, 1995; OMS, 2001; OPS, 1998).

No obstante estos avances puede observarse que en los distintos documentos de las organizaciones internacionales (OMS., OPS.) del mismo modo que en los documentos del Centro de Estudios Legales y Sociales (Cels, 1998 y 2007) y en obras de autores como Emiliano Galende (2004 y 2006) y Alfredo Kraut (2006) la discusión de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental se circunscribe a una perspectiva jurídica, centrándose únicamente en los derechos civiles y políticos de los pacientes. En consecuencia se restringe la cuestión de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental a las que permanecen en instituciones.

Sin embargo, la vida en la comunidad de las personas con sufrimiento mental y la forma en que se garantiza el derecho humano a la salud mental exceden su tratamiento como derecho a la libertad de movimiento, de expresión, de contratación y de participación en las elecciones.

En los distintos niveles el cambio de política producido en los últimos años implica una redistribución de las funciones y responsabilidades de las familias, la comunidad, los profesionales y las instituciones para proteger a las personas con sufrimiento mental. Hecho que conduce inevitablemente a interrogarse respecto de la forma en que se interrelacionan estos actores para garantizar el derecho humano a la salud mental.

La cuestión que aquí se trata es determinar en qué medida la aproximación desmanicomializante implementada en los últimos años a nivel mundial y en nuestro país está en condiciones de garantizar la vigencia del derecho humano a la salud mental.

Este trabajo teórico-práctico se realiza desde una aproximación intercultural a los Derechos Humanos que entiende que los mismos son “el conjunto de normas, usos y costumbres sobre el que acuerdan los individuos, grupos y comunidades para asegurar la permanencia de la vida humana en el mundo” (Vior, 2005: 7). Esta concepción, que tiene su representante más importante en R. Fonet-Betancourt (2000; 2001), subraya el carácter a la vez universal y contextual de los derechos humanos (Vior, 2005). La universalidad de los derechos humanos sólo se efectiviza en las condiciones y el lenguaje propios de cada cultura. Aun dentro de cada cultura conviven conflictivamente diferentes maneras de concebir los derechos humanos que sólo pueden ser armonizadas mediante procesos de traducción en cada situación concreta. La concepción intercultural de los derechos humanos, si bien no desconoce su lugar supralegal como normas jurídicas internacionales, los introduce en la práctica cotidiana de las relaciones entre los agentes estatales, las personas y los grupos sociales.

Siguiendo estos supuestos se caracteriza el derecho humano a la salud mental como universal y contextual a la vez. La definición de salud mental y los mecanismos o instrumentos que la sociedad establezca para garantizarla dependen por consiguiente de las pautas socioculturales de cada grupo y de la sociedad en su conjunto. Las distintas declaraciones de las organizaciones internacionales de derechos humanos respecto de las personas con sufrimiento mental (ONU, 1991; OMS, 1996; OPS, 1990; CIDH; 2001) conforman un marco normativo intraspasable, pero el modo de su implementación depende de los acuerdos políticos y culturales dentro de cada país.

Dada la indivisibilidad y la sistematicidad de los derechos humanos, en esta ponencia se trata el derecho humano a la salud mental en el contexto del conjunto de los derechos humanos. A nivel internacional subsisten todavía algunas discusiones sobre la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales a los que pertenece este derecho como parte del derecho humano a la salud. Sin embargo, los autores del presente trabajo coinciden con aquellos tratadistas que los consideran parte integral de los derechos humanos y como tales obligaciones

del Estado exigibles política y judicialmente (Abramovich / Courtis, 2000; Bidart Campos, 2000; Ojea Quintana, 2000; Vior, 2005). Esto implica fundamentalmente que la discusión de los derechos de las personas con sufrimiento mental no se limita al cierre de las instituciones manicomiales, sino que debe considerar el conjunto de las condiciones de vida de los pacientes y sus familias. Del mismo modo subraya que la forma en que una sociedad garantiza el derecho humano a la salud mental es el elemento emergente de una compleja situación. Un buen estado de salud mental involucra, entre otras cosas: una mayor autonomía, la posibilidad del ejercicio de la libertad personal, las relaciones con los otros, vida en la comunidad de origen, desempeñarse laboralmente, disponer del propio dinero, tener libertad de circulación y de expresión, de contratación y de establecer vínculos familiares estables, etc.

Por otra parte, es preciso destacar que desde la perspectiva intercultural aquí aplicada los derechos humanos tienen importancia también significativa como normas morales y principios fundantes del orden político, en tanto dibujan un horizonte humanizador (Vior, 2005; 2005; 2007). Es decir que:

“...los derechos humanos tienen también una dimensión utópica capaz de orientar la marcha de la civilización hacia una mayor humanización. Esta dimensión utópica tiene no sólo una función orientadora para la acción social, sino también un valor explicativo, en tanto nos permite pensar la realidad actual desde un horizonte deseable como horizonte de humanidad y juzgar su desarrollo considerando en qué medida se acerca a o se aleja del horizonte deseado” (Vior, 2005:7).

El planteo de la cuestión hecho más arriba y este marco teórico permiten entonces formular la hipótesis que sigue.

Hipótesis

Si las políticas de salud mental no reconocen y articulan los esfuerzos que realizan las familias, los grupos de profesionales y las instituciones públicas y privadas para proteger a las personas con sufrimiento mental, no puede garantizar el derecho humano a la salud mental.

Metodología

Para la comprobación de la hipótesis se propone la construcción de casos típicos que permitan develar las prácticas concretas que se implementan para garantizar el derecho a la salud de las personas con sufrimiento mental que permanecen la mayor parte de su tiempo en su comunidad de origen.

“Un caso no es cualquier historia. La construcción del caso está gobernada por una lógica y una retórica interna. Es una forma de narración que no se circunscribe a la descripción pura y simple de una situación problemática particular, sino

que esboza los rasgos sobresalientes de una situación típica; vale decir, que en el relato que constituye el caso deben estar presentados todos los rasgos que configuran una situación problemática completa en el campo respectivo” (Bonilla; 2004: 10).

El método de construcción y análisis de casos según A. Bonilla parte de considerar que una historia o situación particular presenta elementos típicos generalizables a otras situaciones. En este sentido el método de casos permite construir el conocimiento en un juego de ir y venir de lo general (como están organizadas las políticas) a lo particular de la historia concreta superando las dicotomías entre el conocimiento en los niveles macro- y microestructural.

Además el caso no es simplemente un ejemplo ilustrativo de la teoría, sino una herramienta heurística para descubrir, plantear nuevas problemáticas y repensar la teoría (Bonilla, 2004). No toda historia ni toda narración es un caso, sino solamente aquellas que contienen descripciones detalladas de las relaciones entre los protagonistas y los agentes sociales involucrados. En su aplicación a los derechos humanos, para constituirse en caso típico una narración (historia de vida o de situaciones conflictivas de una persona o un grupo que también puede ser construida como un *collage*) debe incluir claramente la acción u omisión de agentes estatales. En el tratamiento del derecho humano a la salud mental debe poder observarse también la presencia o ausencia (que también es un indicador) de las instituciones y de las familias de referencia de los pacientes.

El método de construcción y análisis de casos permite trabajar en profundidad las situaciones típicas de afectación del derecho humano a la salud mental. Sin embargo, para su sistematización y tipificación los autores de la presente contribución lo complementan con el método de sistematización de situaciones de afectación de los derechos humanos y de determinación de las obligaciones estatales resultantes elaborado por Rolf Künemann (1996 y 2002).

Siguiendo a Rolf Künemann es fundamental diferenciar las situaciones específicas de afectación de los derechos humanos que, respectivamente, implican obligaciones estatales específicas para asegurar la vigencia de los derechos conculcados. El autor identifica tres situaciones típicas: a) la más conocida está constituida por la violación de los derechos humanos por acción de la autoridad estatal cuya constatación obliga al Estado a sancionar a los culpables y reparar el daño ocasionado a las víctimas; b) situaciones de riesgo para los derechos humanos en las que el Estado tiene la obligación de prevenir y garantizar *a priori* la satisfacción de los derechos humanos y c) aquellas situaciones en las que los derechos humanos no están vigentes, aun sin que se pueda determinar responsabilidades específicas por la situación, pero que al ser constatadas ocasionan la obligación del Estado o de la Comunidad Internacional de realizar el derecho conculcado, es decir de subsanar las limitaciones existentes (Vior, 2005). Este tipo de situación es habitual para la falta de vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales y atañe específicamente al derecho que aquí se trata.

De acuerdo a esta concepción puede decirse que constituye una obligación del Estado adoptar y respetar las Convenciones y Acuerdos de las Organizaciones Internacionales respecto del tema, como así también que existan políticas dirigidas a subsanar la enfermedad mental, prevenirla y promover la inserción social de las personas con sufrimiento mental creando condiciones de vida dignas para los pacientes y su núcleo familiar. Es decir que el Estado, para garantizar el Derecho Humano a la Salud Mental, debe establecer pautas para la atención de personas con sufrimiento mental dentro de su comunidad como así también reconocer las necesidades, dificultades a las que se enfrentan las familias en el cuidado de sus miembros enfermos. Desde el punto de vista metodológico esta constatación es relevante, para seguir la cadena de responsabilidades estatales a partir de la construcción de los casos y de la tipología.

Actividades

Para el desarrollo de este trabajo se reconstruyeron las historias de vida de personas con sufrimiento mental a partir de las historias clínicas y los expedientes judiciales de personas que fueron internados en la sala de salud mental del Ramón Santamarina de Tandil en el periodo 1995-2005. De un total de treinta historias a las que se accedió se eligieron siete para analizar, teniendo en cuenta que las mismas reflejaran las distintas situaciones que se producen en el campo.

En paralelo se revisaron las definiciones de derecho humano a la salud mental en la teoría sobre los derechos humanos y en los documentos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud hasta poder formular la definición expuesta más arriba. Luego se hizo una descripción histórica de las concepciones de políticas de salud mental a nivel internacional y nacional desde el siglo XIX hasta la actualidad, para finalmente analizar la implementación de la política de salud mental en la provincia de Buenos Aires en la época más reciente.

Combinando ambas actividades se pudo sacar conclusiones generales a partir del material analizado con recomendaciones para la formulación y ejecución de políticas de salud mental tal como se exponen en las conclusiones.

Resultados

Cuando se comenzó esta investigación se consideró la historia de Natasha, una mujer de unos sesenta años que padece una encefalopatía producto de su adicción al alcohol. A partir de su historia de vida se pudieron observar ciertas discontinuidades y problemas que existen en la red de instituciones de la ciudad de Tandil para la protección de las personas con sufrimiento mental que viven gran parte de su tiempo insertas en la comunidad. Es evidente que las internaciones en la Sala de Salud Mental del Hospital Ramón Santamarina fueron siempre breves y las intervenciones del juzgado muy puntuales y concretas. La posibilidad de preservar su salud dependía de cómo se organizaran las distintas personas cercanas a su contexto para sostenerla. Pero cuando esta red de contención se debilitaba y desdibujaba, ningún otro dispositivo institucional abordaba la situación de manera de continuar garantizando la protección.

La reconstrucción de las historias de otras personas con sufrimiento mental permitió observar que estas características formaban parte de un cuadro general en el que se interrelacionan las acciones de los profesionales con otro personal de la salud mental, los agentes de justicia y las familias.

Las internaciones en el Hospital Santamarina de Tandil duran aproximadamente de una semana a dos meses. Su objetivo, definido por los psiquiatras a cargo, es estabilizar biológicamente al paciente. Posteriormente se espera que sea contenido en la comunidad, sea por su familia o por otra institución. El Hospital es un lugar de paso destinado a atender las crisis de los pacientes.

No obstante, en el periodo en que se sostuvo el Hospital de Día pudo observarse que el mismo se convertía en un espacio de referencia para el paciente, un lugar donde se conformaban lazos sociales con otros pacientes o el personal, relaciones que contribuían en forma significativa a su contención.

Los profesionales de la salud esperan que la familia comprenda la enfermedad mental, controle y asegure el cumplimiento del tratamiento. Es decir que asuma determinados comportamientos para preservar la salud de sus miembros.

A su vez, para el juzgado la persona con enfermedad mental es incapaz de gobernar su persona y administrar sus bienes. En consecuencia nombra un curador para protegerlo. En las intervenciones del juzgado se puede observar fundamentalmente una preocupación por resguardar la situación socioeconómica de la persona con sufrimiento mental, pero sin reconocerle su autonomía.

Además puede decirse que la Justicia coordina los esfuerzos de la familia y de los profesionales en pos de asegurar la atención de la salud mental, en tanto que actúa a partir de las demandas de los familiares y ordena las internaciones y externaciones. Sin embargo actúa únicamente a partir de la demanda de los familiares y no cuenta con otros mecanismos de seguimiento más que el control de las rendiciones de los gastos que realiza el curador con el dinero de su tutelado.

La familia juega un rol importante en tanto plantea en el juzgado sus problemas cotidianos. Frente a éstos el juzgado interviene básicamente a partir de un modelo predeterminado de familia estableciendo responsabilidades y obligaciones. Dicho modelo está fijado por los artículos del Código Civil relativos al tema. La Justicia interviene asimismo evaluando las posibilidades socioeconómicas de la familia para decidir, si puede asumir la responsabilidad por el enfermo mental.

Por consiguiente hay que subrayar que el paciente queda gran parte del tiempo en manos de su familia. Sin embargo, habría que preguntarse si las familias cuentan con las condiciones y recursos suficientes para desempeñar esta actividad y están capacitadas para desempeñarse de forma beneficiosa para el paciente.

La lectura de las exposiciones de los familiares ante el juzgado permite comenzar a descubrir los temores y los problemas que se generan al compartir la vida cotidiana con una persona con sufrimiento mental. Aquí se citan algunos ejemplos de las historias de vida reconstruidas: La hermana de Ramón plantea ante el

asesor que éste tiene problemas psiquiátricos y que es peligroso para si y para terceros. Expresa textualmente que Ramón “no duerme en casi todo el día, no quiere alimentarse y se niega a la medicación.” Y manifiesta que en otras oportunidades ha sido internado por la policía. La hermana y la ex-esposa de Héctor manifiestan que se encuentra abandonado, no se higieniza, habla solo, se levanta a la madrugada, se niega a la medicación y desconoce a su familia. A esto el informe del asistente social del juzgado agrega que Héctor no recibe atención médica. Se cree Hitler, habla solo, grita, relata partidos de fútbol, no reconoce a su familia. Además se niega a recibir la garrafa que entrega Bienestar Social, enciende fuego en el piso, no se higieniza ni limpia la vivienda.

Asimismo el hermano de José manifiesta la expectativa de que éste asuma responsabilidades respecto al trabajo. El informe de la asistente social del Juzgado indica que el hermano de José plantea que “si bien no se presentaron problemas, José no quería seguir en nuestra ciudad y pedía retornar, considera que el motivo principal era que debía trabajar junto con él, habito que obviamente no tenía, después sólo constató que arribó bien, pero nunca más volvió a llamarlos como acostumbraba anteriormente”.

A las dificultades que genera la misma enfermedad, en algunas circunstancias también se suma la falta de respuesta de las instituciones.

Observando estas expresiones puede constatarse que hay algo inexplicable de la enfermedad mental que se presenta en la vida cotidiana. Son hechos o situaciones que no tienen explicación a partir de la lógica racional.

Es preciso tener en cuenta esta realidad dado que de la capacidad o habilidad de las familias para enfrentar estas situaciones y pedir ayuda a las otras instituciones depende en gran parte que se garantice el derecho humano a la salud mental.

Conclusiones y recomendaciones

Considerando esta realidad y desde la aproximación intercultural a los Derechos Humanos se concluye que para garantizar el Derecho Humano a la Salud Mental es preciso que la Política en Salud Mental reconozca y articule los esfuerzos que realizan las familias, los grupos de profesionales y las instituciones públicas y privadas para proteger a las personas con sufrimiento mental, para lo cual es necesario producir varios cambios en los aspectos políticos, administrativos y sociales.

Concretamente el Estado debe convertirse en líder y garante del proceso de inserción social de las personas con sufrimiento mental, tal como lo señalan las propuestas de la Organización Mundial de la Salud haciendo alusión a su función rectora, como así también la *Declaración de Montreal* (OPS, 2004) y la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (ONU, 2006) que entre las obligaciones del Estado señala que debe favorecer e incentivar la acción de los demás actores implicados en pos de los derechos de las personas con discapacidad.

El Estado debería asumir el rol de coordinación de esfuerzos que hasta el momento realizan las familias apelando a los recursos económicos, sociales y culturales que poseen.

En la atención de la salud pública se debería modificar la concepción de enfermedad mental como un fenómeno estrictamente biológico y comprender las implicaciones socio-culturales de la misma, lo que significa pensar en la salud mental no sólo en términos de camas para internación, sino considerar como prioridad la creación y el sostenimiento de una red comunitaria capaz de acompañar y sostener a estos pacientes y sus familias durante el tratamiento. Es necesario que se sostengan otras instituciones de apoyo como hospital de día, de noche y acompañamiento terapéutico que contribuyen a aliviar situaciones familiares.

A su vez es fundamental que las propuestas que se planteen para abordar las situaciones problemáticas de esta área consideren como punto de partida la realidad de las familias. Conocer y comprender qué le sucede a la familia cuando uno de sus miembros tiene problemas en su salud mental es un aspecto crucial para que los esfuerzos de los distintos agentes implicados en el tema tengan resultados positivos. Esto implica introducir cambios significativos en la relación de poder entre los profesionales de la salud mental y las familias.

Concretamente, tanto desde la sala de Salud Mental del hospital como desde el juzgado podría hacerse un seguimiento periódico de las personas con sufrimiento mental para evitar que la responsabilidad del mantenimiento de su salud recaiga solo en las familias.

Autores:

Lic. Carolina A. Cano

Dr. Eduardo J. Vior

Esta ponencia es parte del proceso conjunto de reflexión para la elaboración de la tesis de Maestría en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires bajo el título provisorio: “Análisis de la vigencia del Derecho Humano a la Salud Mental a partir de un estudio de Casos en Tandil” llevado adelante entre la tesista y su director, el Dr. Eduardo Vior. La versión definitiva de la tesis será presentada en febrero de 2009.

Bibliografía

- Abramovich, Víctor/ Courtis, Chistian (2000): “¿Los derechos sociales son exigibles?” En *Hechos y Derechos* N° 7, pp. 7-32.
- Bidart Campos, Germán (2000): “Los derechos económicos, sociales y culturales en la Constitución reformada en 1994”. En *Hechos y Derechos* N° 7, pp. 39-47.

- Bonilla, Alcira (2004): “El empleo de casos en la enseñanza de la ética: pros y contras”.
- Bonilla; Alcira (2005): “Autonomía moral entre limones y colectivos. El caso de las ‘mamacitas’ bolivianas de Buenos Aires”; en I. Wehr, (ed), *Un continente en movimiento. Migraciones en América Latina*. Frankfurt a. M., Vervuert.
- Bonilla, Alcira (2008): “Ciudadanía interculturales emergentes y realización diferenciada de un derecho a salud mental como derecho humano”. En www.ddhmmigraciones.com.ar
- Cels (1998): *Informe sobre la situación de los derechos humanos en Argentina*. Capítulo 8: El derecho a la salud. En www.cels.org
- Cels /MDRI (2007): *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. En www.cels.org
- Galende, Emiliano (1998): *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Ed. Paídos. Bs. As.
- Galende, Emiliano (2004): “Salud Mental y Derechos humanos en las Instituciones Públicas. En Kazi, Gregorio (coord.) *Salud Mental y derechos humanos. Subjetividad, sociedad e historicidad*. Ed. Asociación Madres de Plaza de Mayo. Bs. As.
- Kraut, Alfredo (2006): *Salud Mental: Tutela Jurídica*. Ed. Rubinzal Culzoni. Buenos Aires
- Ojea Quintana, Tomás (2000): “El problema de los derechos económicos, sociales y culturales” En *Hechos y Derechos*. Nº 7, pp. 49- 66.
- OMS (2000): *Estado sobre la Salud en el mundo 2000: Mejorar desempeño de los Sistemas de Salud*. En www.who.int/whr/prevoius/es/index.html
- OMS (2001): *Estado sobre la Salud en el mundo 2001: Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. En www.who.int/whr/prevoius/es/index.html
- OMS (2003): *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. En www.who.int/whr/prevoius/es/index.html
- OPS (1998): *Transformaciones del sector salud en Argentina: estructura, proceso y tendencia de la reforma del sector salud entre 1990 y 1997*. En www.paho.org
- Vior, Eduardo J. (2005): “Migración y Derechos Humanos desde una perspectiva intercultural” *Raúl Fornet-Betancourt (ed.)*, Migración e interculturalidad. Desafíos teológicos y filosóficos, Aachen, Wissenschaftsverlag Mainz in Aachen, 2005, pp. 109-117
- Vior, Eduardo J. (2005): “La discusión de los derechos especiales en la Convención Constituyente de 1949: ¿armonía social o derechos humanos?” en: Hugo E. Biagini / Arturo A. Roig (dir.), *El pensamiento alternativo en la Argentina del siglo XX – Tomo II: Obrerismo, vanguardia, justicia social (1930-1960)*, Buenos Aires, Ed. Biblos, 2006, pp. 191-208.
- Vior, Eduardo J. (2007): “¿Cambia la visión de los derechos humanos de una cultura a otra?” Publicado en EPAI / Celina Lértora Mendoza (coord.) (2007), *Evolución de las ideas filosóficas: 1980- 2005*, Ed. FEPAI, Buenos Aires.
- Vior, Eduardo (2008): “Los derechos humanos como condicionantes de las políticas de salud mental”. En www.ddhmmigraciones.com.ar