

**Voces:** DERECHOS HUMANOS ~ DERECHO A LA SALUD ~ POLITICA DE SALUD ~ SALUD MENTAL ~ ENFERMEDADES ~ ENFERMEDAD MENTAL ~ LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL ~ EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ~ PROFESIONAL ~ RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

**Título:** El abordaje interdisciplinario de la salud mental. Situación actual a partir de la ley 26.657 y el decreto 603/2013

**Autor:** Muñiz, Carlos M.

**Publicado en:** DFyP 2014 (marzo), 03/03/2014, 162

**Cita Online:** AR/DOC/4184/2013

**Sumario:** I. Introducción. II. El concepto de interdisciplina. III. El trabajo interdisciplinario: ventajas y desafíos. IV. Lo "interdisciplinario" en la legislación argentina. V. El abordaje interdisciplinario de la salud mental. Ley 26.657 y Dto. 603/2013- VI. Doctrina. Cuestiones planteadas. VII. Dictamen y responsabilidad profesional. Una última fuente de inconsistencia. VIII. Situación actual. Aspectos a considerar a modo de cierre.

**Abstract:** "Si bien el concepto de interdisciplina presenta fronteras difusas, responde a un modo de abordaje que conceptualmente puede distinguirse de otros y que claramente excluye una mera yuxtaposición de saberes, exigiendo un esfuerzo de integración. El uso por parte del legislador, por su reiteración y énfasis, no puede ser simplemente pasado por alto como fruto del azar o una distracción, sino como un mandato preciso sobre la modalidad de abordaje requerida legalmente para la problemática de la salud mental. En la práctica, ello plantea una serie de desafíos de naturaleza compleja, que deberán sortearse para aprovechar la riqueza del trabajo interdisciplinario."

(1)

## **I. Introducción**

El abordaje interdisciplinario de la salud mental ha sido planteado por la ley 26.657 como una respuesta necesaria a fin de alcanzar una visión integral de la problemática que permita dar respuesta a los problemas que presenta el actual sistema de salud mental caracterizado por el alto nivel de internaciones; la asignación primordial de los recursos a instituciones monovalentes; la alta incidencia de pobreza en los pacientes institucionalizados; la ausencia de garantías procesales y judiciales en la legislación anterior; la insuficiencia de acciones comunitarias de promoción de la salud y problemas de violación de derechos humanos en documentados en instituciones en el marco del modelo de atención asilar. (2)

No es la primera mención en la legislación a la idea de interdisciplinariedad como respuesta a determinadas problemáticas, y frente a la necesidad de lograr una visión integral de ellas. Sin embargo, es difícil encontrar respuestas en la normativa positiva sobre el significado concreto que se le da a este mandato, ni en cuanto a la modalidad de trabajo y objetivos buscados, ni en cuanto a la integración de los equipos tanto en cuanto se refiere a sus recursos profesionales como económicos.

En la presente contribución intentaremos determinar qué obligaciones impone la ley de salud mental y su decreto reglamentario 602/2013, y cuáles son los desafíos que se imponen a los responsables de su puesta en funcionamiento. Para ello en una primera parte, intentaremos comprender el significado del concepto de interdisciplina, de forma de definir en la mayor medida posible los alcances e implicaciones de su elección por parte del legislador. En un segundo momento, analizaremos las ventajas y desafíos que presenta dicha modalidad de abordaje. Luego se presenta un relevamiento de la presencia de lo interdisciplinario en la legislación vigente, para enfocarnos luego en el tratamiento concreto que surge de la ley 26.657 y el Decreto 603/2013. Finalmente, presentaremos el debate doctrinario en torno a la problemática y los desafíos que presenta el contexto actual.

## **II. El concepto de interdisciplina**

La consistente referencia del legislador a la necesidad de un abordaje interdisciplinario para el problema de la salud mental, nos permite partir de la base de que el uso de dicho término corresponde a una opción razonada y concreta de un modelo de tratamiento de la cuestión. Es decir, no puede entenderse que la referencia al concepto de interdisciplina haya sido resultado de un error, sino por el contrario una apuesta a un modo de abordaje de características particulares.

Consecuentemente, para entender lo que está en juego, se imponen una serie de interrogantes como condición previa para el análisis: ¿Qué es la interdisciplina? ¿Qué particularidades debe presentar un abordaje para poder ser caracterizado como "interdisciplinario"? Excede largamente el objeto de este trabajo el responder en forma definitiva a la problemática que suscita el concepto de interdisciplina. No obstante, se intentará dar una primera aproximación que permita una mejor comprensión de la voluntad legislativa en materia de salud mental, sus proyecciones y su factibilidad.

Para responder a estas preguntas un acercamiento clásico consiste en distinguir la "interdisciplina" de la "multidisciplina" y la "transdisciplina". Si bien en muchos casos en el lenguaje común suele usárselos como sinónimos, podemos decir que en sentido técnico la literatura especializada establece una distinción entre los

tres conceptos. (3) No obstante, dicha diferenciación no resulta una tarea sencilla, dado que se trata de términos multívocos y cuyas fronteras semánticas no resultan necesariamente claras y terminantes. Las diferentes definiciones de estos términos responden principalmente a las distintas motivaciones que dan origen a cada modalidad de abordaje, y a sus variantes en términos metodológicos. No obstante, las definiciones más recientes comparten como criterio de diferenciación la presencia o ausencia de un trabajo de integración entre los saberes y su mayor o menor grado de concreción práctica.

En este contexto, cuando se habla de "multidisciplina" o "pluridisciplina" se hace referencia a una yuxtaposición de disciplinas, sin que ello requiera de ninguna actividad integrativa entre ellas. (4) "La multidisciplinariedad es una forma de utilización del saber de dos o más disciplinas en las que no se elabora ninguna actividad, aproximación o metodología para lograr una integración". (5) Los aportes de cada disciplina se hacen por separado y son sumados sin que ello requiera de un trabajo de consistencia con relación a sus supuestos filosóficos, metodológicos o epistemológicos. La multidisciplinaria se refiere concretamente a todos aquellos abordajes que suman aportes de naturaleza sectorial y estrictamente disciplinar, sin generar un diálogo o integración entre ellos.

La "interdisciplina" es un concepto que trasciende a la "multidisciplina" en cuanto al menos requiere de un primer esfuerzo de integración. Este enfoque surge en primer lugar del reconocimiento de la complejidad de los problemas del mundo real, cuya solución no siempre (probablemente casi nunca) se agota con el análisis que pueda ser realizado dentro de las fronteras de una disciplina, aislada del resto del saber científico. La interdisciplina resiste los múltiples intentos de definirla. (6) No obstante, es claro que aún en su definición minimalista requiere integrar de alguna manera en el abordaje de un problema concreto elementos distintivos de diferentes disciplinas. Las fronteras de este concepto son difusas, al punto que Nissani (7) se permite ubicar la idea en algún punto de un continuum fluido con dos polos que representan de un lado el saber estrictamente disciplinar y por el otro una gran síntesis del saber humano. El nivel de riqueza interdisciplinaria estaría dado por el número de disciplinas involucradas en el análisis, la "distancia" teórica entre ellas, la creatividad involucrada en la combinación de los elementos y finalmente el grado de integración alcanzado. (8) Este último aspecto es tal vez el rasgo más característico de la interdisciplina.

Bunge propone una diferenciación entre multidisciplinaria e interdisciplina sobre la base de un criterio lógico. Mientras que la multidisciplinaria resultaría de la unión entre los enfoques de dos disciplinas, la interdisciplina consistiría en su intersección. (9)

En síntesis, se observa a partir de este ideal de integración propuesto, y más allá de las definiciones que se han esbozado o puedan esbozarse en el futuro, la idea de interdisciplinaria implica un esfuerzo de diálogo que permita trascender las fronteras de cada disciplina para generar un enfoque novedoso, creativo y crítico del status quo que resulte de una concepción de los saberes como compartimentos estancos, aun cuando no se superen los límites de cada disciplina.

Por último, la idea de "transdisciplina" contempla principalmente dos dimensiones. En la primera de sus connotaciones implica un proceso en el cual miembros de distintos campos trabajan en forma mancomunada durante un período de tiempo extendido para desarrollar un nuevo marco metodológico y conceptual con el fin de trascender los abordajes teóricos propios de cada disciplina. La segunda dimensión del concepto surge del acercamiento a su definición desde la base de los problemas, planteando lo transdisciplinario como el resultado de un conocimiento que no puede ser alcanzado dentro de las fronteras propias de las disciplinas. (10)

A modo de conclusión parcial, debemos señalar que si bien el concepto de interdisciplina presenta fronteras difusas, responde a un modo de abordaje que conceptualmente puede distinguirse de otros y que claramente excluye una mera yuxtaposición de saberes, exigiendo un esfuerzo de integración. El uso por parte del legislador, por su reiteración y énfasis, no puede ser simplemente pasado por alto como fruto del azar o una distracción, sino como un mandato preciso sobre la modalidad de abordaje requerida legalmente para la problemática de la salud mental. En la práctica, ello plantea una serie de desafíos de naturaleza compleja, que deberán sortearse para aprovechar la riqueza del trabajo interdisciplinario

### **III. El trabajo interdisciplinario: ventajas y desafíos**

A partir de la caracterización del concepto de interdisciplina que se presentó en el punto anterior, es que pueden tratarse las principales características que este tipo de trabajos presentan empíricamente, sus dificultades (tanto aquellas de orden epistemológico y práctico), sus ventajas, y aspectos a considerar en forma previa a su puesta en práctica. Ello es necesario para empezar a pensar en concreto que implicaría la construcción de un sistema que permita la realización en forma adecuada del abordaje interdisciplinario de la salud mental, tal como lo prevé la ley 26.657 y el Decreto 603/2013. Excede la extensión de la presente contribución un relevamiento completo de la literatura científica en materia de trabajo interdisciplinario, pero a pesar de ello se presentan aspectos que resulta necesario destacar a fin de ilustrar sobre la complejidad de la implementación de la propuesta del legislador.

Para un trabajo verdaderamente interdisciplinario, la primera dificultad a superar antes que las barreras de orden estrictamente disciplinar, parten de aspectos filosóficos y epistemológicos. Tal como lo señalan Connelly

y Anderson (11), no es fácil conciliar conclusiones de profesionales que aún provenientes de una misma disciplina, no coinciden sobre aspectos metodológicos y enfoques de base. A modo de ejemplo, aún dentro de una misma ciencia, podemos encontrar enfoques de tipo empirista o positivista (aunque más frecuentes en las ciencias "duras") y acercamientos de tipo holista y con una perspectiva más cualitativa (más afines a las ciencias sociales). Conciliar este tipo de diferencias de base para poder establecer un diálogo que permita alcanzar un marco teórico común para el abordaje sistemático de la problemática es un primer obstáculo que se plantea necesariamente, y que presenta implicaciones prácticas que pueden observarse inmediatamente, si lo que se pretende es alcanzar un trabajo verdaderamente interdisciplinario y no una mera acumulación de contribuciones de profesionales sin un esfuerzo integrativo. Para su resolución, se plantea la necesidad de tener esto en cuenta a la hora de conformar equipos, procurando integrar profesionales que compartan criterios comunes de base, tengan enfoques que puedan resultar compatibles y complementarios o bien cuenten con la suficiente capacidad de diálogo para alcanzar un marco de referencia teórico común.

A los fines de este trabajo también es importante destacar en primer término el trabajo empírico llevado adelante por Körner (12), en el cual se realizó una comparación de resultados de equipos médicos que llevaron adelante trabajos conforme abordajes caracterizados como multidisciplinarios, interdisciplinarios y mixtos, respectivamente. El abordaje multidisciplinario fue caracterizado a los fines de este estudio como aquel orientado sobre la base estrictamente disciplinar, con profesionales de diversas profesiones trabajando en paralelo con una amplia autonomía de trabajo, definiciones claras de roles y subordinación jerárquica al profesional médico a responsable de coordinar los tratamientos. La comunicación entre profesionales es limitada y canalizada generalmente a través de las instancias jerárquicas comunes, y es infrecuente como consecuencia de este modelo la superposición de funciones de profesionales de diversas disciplinas. El abordaje interdisciplinario en cambio es caracterizado como aquel en el cual los profesionales trabajan en contacto regular y en forma colaborativa para definir los objetivos y planes del tratamiento de sus pacientes. Idealmente no hay distinciones de jerarquía entre los profesionales y hay un alto nivel de cooperación y comunicación entre los integrantes del equipo. Los resultados del trabajo muestran en principio un mejor desempeño y mejores niveles de satisfacción con los resultados de los equipos integrados conforme el modelo interdisciplinario. (13) Esta ventaja que resulta de la organización del equipo y su dinámica de trabajo, resulta un aval para la modalidad de abordaje de la salud mental planteada por nuestro legislador.

No obstante, la constitución de equipos que presenten las características de base que fueron tomados para obtener estos resultados requiere de un trabajo que de quedar reducido sólo a la letra de la ley puede llevar a resultados no deseados. En consecuencia, el primer desafío que se plantea en la práctica clínica y forense, es lograr establecer las condiciones para alcanzar una dinámica de trabajo en equipo, que permita la cooperación y comunicación constante requerida para este tipo de abordaje. Ello no resulta evidente, vista las potenciales limitaciones de recursos presupuestarios, profesionales, tecnológicos y de infraestructura edilicia. Para que la propuesta no se convierta en letra muerta se requiere entonces que el estado provea de una dotación de recursos adecuados con la finalidad propuesta. La experiencia en nuestro país nos permite plantear algunas reservas en cuanto a una la posibilidad de que se observen diferencias en los niveles de implementación entre las distintas jurisdicciones, a causa de razones de orden presupuestario. En este sentido Fama y Pagano ya han señalado en el contexto del análisis de la ley de Salud Mental que "cuando se alude al enfoque o trabajo interdisciplinario, dicho requisito no se satisface con la actuación individual de varios profesionales de distintas disciplinas. La intervención debe ser conjunta o mancomunada. El enfoque interdisciplinario requiere de la comunicación e interrelación.

de las distintas incumbencias, y precisa —además— de la intervención de otros especialistas, fuera de quienes se dedican al estudio de la psiquis humana, abriendo lugar a aquellos otros que se ocupan de intervenir en los sistemas sociales en los que se desenvuelve la persona. Es por ello que consideramos que la conformación del equipo interdisciplinario exigido por la ley no se agota con la intervención de psiquiatras y psicólogos—que es lo usual—, sino que requiere necesaria y mínimamente de la actuación de un trabajador social."

#### **IV. Lo "interdisciplinario" en la legislación argentina**

La ley 26.657 no es la única norma que plantea la necesidad de un abordaje interdisciplinario de ciertas problemáticas. La idea de un abordaje interdisciplinario sobre distintos temas ha sido planteada en varias normas. La interdisciplina se presenta reiteradamente en nuestra legislación más reciente, lo cual refuerza la idea de que la referencia a este tipo de modalidad no es resultado de un descuido. En tal sentido podemos citar:

1. Ley 26.845 (art. 5º, inc. 3) que requiere un abordaje sistemático e interdisciplinario de la promoción de la donación de órganos.

2. Ley 26.813 que reforma varios artículos de la ley 24.660 y establece la intervención de un equipo interdisciplinario del juzgado de ejecución para la autorización de decisiones que afecten la modalidad de cumplimiento de las penas privativas de la libertad;

3. Ley 26.485 que prevé la intervención de equipos interdisciplinarios en diversas instancias para el abordaje de la problemática de la violencia contra la mujer;

4. Ley 25.543 que establece la obligatoriedad para los establecimientos de salud de contar con un equipo interdisciplinario para contener y asesorar a las pacientes y a su entorno familiar durante el embarazo, parto y puerperio en caso que el test diagnóstico de HIV resultare positivo.

5. Ley 24.901 que establece en su artículo 12 que la permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado deberá pronosticarse estimativamente de acuerdo a las pautas que establezca el equipo interdisciplinario y prevé la necesidad de intervención de dicho equipo para su orientación a otro servicio cuando presente un cuadro crónico con signos evidentes de detención o estancamiento. Asimismo, en su artículo 26 se prevé la participación de equipos interdisciplinarios en los Centros de Rehabilitación Psicosfísica. Posteriormente, la ley 26.480 incorpora al texto de la ley 24.901 la obligación de brindar asistencia domiciliaria a personas con discapacidad para las entidades obligadas, por indicación de un equipo interdisciplinario.

No obstante, a pesar de la constante referencia a la necesidad de tratamiento interdisciplinario, ninguna de estas leyes menciona en concreto cómo se integran los respectivos equipos.

Algunas normas en cambio no se limitan a plantear simplemente la necesidad de un equipo interdisciplinario, sino que avanzan en mayor o menor medida en detalles sobre su integración. En este sentido, a nivel nacional la ley 24.121 sobre Implementación y Organización de la Justicia Penal dispone que el personal integrante de los equipos interdisciplinarios previstos en su texto, esté formado por un cuerpo de profesionales Médicos, Psiquiatras, Psicólogos y Asistentes sociales. La ley 24.742 sobre Comités Hospitalarios de Ética prevé en su artículo 2º que "Los Comités Hospitalarios de Ética funcionarán como equipos interdisciplinarios integrados por medicas, personal paramédico, abogados, filósofos y profesionales de las ciencias de la conducta humana, que podrán pertenecer o no a la dotación de personal del establecimiento. Desarrollarán su actividad dependiendo de la dirección del hospital, y quedarán fuera de su estructura jerárquica."

Un caso especial que merece atención puede encontrarse en las leyes 3301 sobre Comités de Ética de Investigación y 3302 sobre Comités de Bioética, dictadas por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. En la primera de estas normas, para los CEI la ley prevé una integración de carácter "independiente y multidisciplinaria (14)". Luego detalla con mucha precisión requerimientos para su conformación: a. exige una integración proporcionada de personas de distinto sexo, con un número mínimo de siete integrantes y un máximo de quince; b. exige la presencia de al menos un especialista en metodología de la investigación, un abogado, un miembro de la comunidad ajeno a profesiones sanitarias, y un médico investigador; c. exige una capacitación de todos los miembros permanentes en ética de la investigación; d. obliga a convocatorias abiertas y transparentes para la selección de los integrantes; e. fija un plazo de duración de tres años en los cargos; f. exige un mecanismo de rotación para renovar los integrantes manteniendo. Por su parte, la ley 3302 establece que los Comités de Bioética son "órganos interdisciplinarios, intersectoriales e interinstitucionales cuyo objeto principal es el asesoramiento y la docencia sobre la problemática hospitalaria". En cuanto a su conformación prevé que ella se realice "por un grupo de profesionales y no profesionales relacionados al ámbito de la salud, del derecho, de las ciencias sociales u otros ámbitos vinculados a la bioética, no perteneciendo ningún integrante a la estructura jerárquica del hospital".

Se presenta en este punto la siguiente dificultad: por una parte hay claramente un consenso político en que lo "interdisciplinario" debe estar presente en todos lados, trasciende todas las fronteras y todo lo puede, pero por el otro hay una ausencia prácticamente total de orientaciones sobre qué es eso que llamamos "interdisciplinario" y cómo se concreta en la práctica. Normalmente, no deberían presentarse mayores dificultades, pero las fronteras conceptuales difusas que surgen a partir de la idea de interdisciplina plantean inconvenientes a la hora de pensar pautas para su puesta en funcionamiento.

## **V. El abordaje interdisciplinario de la salud mental. Ley 26.657 y Dto. 603/2013**

La ley 26.657 establece en reiteradas disposiciones la necesidad de un abordaje interdisciplinario. Ello se observa en los artículos 5º, 8º, 9º, 12, 13, 15, 16, 24, y en los textos de los artículos 152 ter y 482 que la ley incorpora al Código Civil.

De todos estos artículos, las características concretas que esboza el texto legal sobre la integración y modalidad de trabajo del equipo se encuentran en los siguientes:

ARTICULO 8º — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Asimismo, el artículo 15 establece la obligación de registro en la historia clínica de todas las intervenciones del equipo interdisciplinario. Conforme el artículo 16, tal vez uno de las disposiciones más discutidas de la

reforma (15), la evaluación interdisciplinaria por parte de dos profesionales del servicio asistencial que debe tener lugar dentro de las cuarenta y ocho horas posteriores a toda disposición de internación debe ser suscripta por dos profesionales, uno de los cuales debe ser médico o psicólogo.

En síntesis, sobre el aspecto que es objeto de la presente contribución surgen de la ley 26.657, los siguientes mandatos legales: 1. Abordaje interdisciplinario de toda la problemática referida a la salud mental, con particular referencia a las disposiciones de internación o limitación de la capacidad civil; 2. Conformación de equipos interdisciplinarios integrados (en forma enunciativa) por profesionales del área de la psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes; 3. Ausencia de jerarquías entre los profesionales de las distintas disciplinas que integran el equipo interdisciplinario; 4. Intervención de un médico o psicólogo, en el contexto del equipo interdisciplinario en forma previa a toda internación.

El decreto 603/2012 reglamentario de la ley de salud mental, aporta las siguientes precisiones:

"Los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto.

Las disciplinas enumeradas en el artículo 8° de la Ley N° 26.657 no son taxativas.

Cada jurisdicción definirá las características óptimas de conformación de sus equipos, de acuerdo a las necesidades y particularidades propias de la población.

En aquellas jurisdicciones en donde aún no se han desarrollado equipos interdisciplinarios, la Autoridad de Aplicación en conjunto con las autoridades locales, diseñarán programas tendientes a la conformación de los mismos, estableciendo plazos para el cumplimiento de dicho objetivo. Hasta tanto se conformen los mencionados equipos, se procurará sostener una atención adecuada con los recursos existentes, reorganizados interdisciplinariamente, a fin de evitar derivaciones innecesarias fuera del ámbito comunitario.

La Autoridad de Aplicación deberá relevar aquellas profesiones y disciplinas vinculadas al campo de la salud mental y desarrollará acciones tendientes a:

- a) Fomentar la formación de recursos humanos en aquellas que sea necesario, y
- b) Regularizar la acreditación de las mismas en todo el país."

En consecuencia podemos afirmar que la reglamentación en primer lugar refuerza claramente la idea de la interdisciplina, de un modo que se aproxima claramente a la idea presentada en este trabajo, implicando necesariamente un esfuerzo integrativo, que no puede resultar en una mera yuxtaposición de trabajos realizados en forma separada y dentro de las fronteras estrictas de cada disciplina o profesión. Asimismo, se aclara que la enumeración de disciplinas del artículo 8° es meramente enunciativa (aunque entendemos que surgía de la propia ley, dado que se refería a "otras disciplinas y campos pertinentes"). Finalmente, delega en la autoridad de aplicación, que por el artículo 31 de la ley es el Ministerio de Educación de la Nación la obligación de diseñar y coordinar en conjunto con las autoridades locales el desarrollo de programas tendientes a la reorganización y conformación de los equipos bajo la modalidad interdisciplinaria, fomentando las acciones de capacitación que resulten necesarias.

## **VI. Doctrina. Cuestiones planteadas**

Desde el dictado de la ley 26.657 la doctrina ha analizado la problemática y ha planteado ciertos aspectos. En tal sentido, dos aspectos parecen destacarse entre los planteados: 1. El abordaje interdisciplinario, su relación con las incumbencias profesionales y la consecuente responsabilidad; 2. El artículo 16 y la posibilidad de definir internaciones mediante la intervención alternativa de un médico o psicólogo.

En una contribución anterior (16), sostuvimos que la innovación que surgía a partir de la idea de abordaje interdisciplinario de la salud mental de la ley 26.657, tanto en materia de internaciones como de limitaciones a la capacidad civil, consistía en evitar que el acercamiento a la problemática recayera exclusivamente bajo la óptica de análisis de la psiquiatría, abriendo la posibilidad de integrar en el proceso de determinación del régimen de capacidad a profesionales provenientes de otras disciplinas. No obstante, también sostuvimos que desde la perspectiva del derecho civil, el objeto de la evaluación de "facultativos" sigue siendo determinar la presencia de "enfermedad mental", que acarrea una "falta de aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes" (conf. art. 141, Cód. Civil). Ello sigue vigente y constituye el contenido concreto del examen al que hace referencia el nuevo art. 152 ter. La dificultad puede plantearse por las diversas disciplinas que convergen en el examen y pareciera necesario que al menos uno de los facultativos sea médico psiquiatra con el fin de diagnosticar la presencia de enfermedad mental. Sobre este último aspecto, en una ocasión posterior, a partir de un comentario al Proyecto de Código Civil y Comercial de 2012 (17), se reforzó la idea de que este tema debió ser resuelto por la ley de manera definitiva y que en cualquier caso el equipo debería estar integrado por al menos un médico psiquiatra, dado que su presencia resulta imprescindible para determinar la presencia de una enfermedad mental. En síntesis, se comparte el criterio conforme el cual el requisito del dictamen de un equipo interdisciplinario "no autoriza a prescindir de las normas que regulan las incumbencias y el ejercicio profesional". (18) Con esto no se pretende mantener el problema de la incapacidad civil en el dominio exclusivo

de la medicina psiquiátrica. De esta forma, el equipo podría estar integrado asimismo por otros profesionales con incumbencias en la materia (psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, etc.) sin que la enumeración resulte taxativa, dependiendo de los requerimientos del juez para dictar sentencia en función de las particularidades de cada caso. No obstante, la presencia de un médico resulta indispensable, dado que es el único profesional con incumbencias para diagnosticar la enfermedad y establecer pautas para su tratamiento.

En un sentido similar ya se había pronunciado Pérez Dávila (19) sosteniendo que "Es inconcebible que una ley disponga autoridad de "prescribir" a los COMPONENTES NO MÉDICOS DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO. Uno se pregunta de manera simple y práctica "¿Qué conocimientos médicos poseen cualquiera de ellos para evaluar un terreno psicótico e indicar las medidas que correspondan (internación, externación, inicio de tratamiento psico-farmacológico y neuro-clínico, indicación de estudios complementarios médicos, etc.)? ¿Cómo pueden determinar y discernir una enfermedad psíquica secundaria a un proceso orgánico, o a una endocrinopatía, o a una intoxicación medicamentosa, o un tumor, o diferenciar una afección psíquica primaria con afectación secundaria orgánica? Si no saben eso, ¿con qué criterio han de prescribir? Esto es insólito." Critica asimismo los problemas de consistencia legal con normas de leyes 17.132 y 23.722.

Tobias y Mayo (20) (2011) entienden que la cuestión de base parte de un cuestionamiento del "modelo psiquiátrico" y de la primacía jerárquica que las normas le reconocían en el diagnóstico, evolución y tratamiento del problema de la salud mental. Rivera y Hooft (21) comparten esta apreciación y se interrogan frente a esta clara toma de posición sobre la adecuada valoración hecha por el legislador de "los ámbitos de incumbencia propios de cada una de las dichas disciplinas comprometidas."

Kraut y Diana (22), presentan una visión favorable de los criterios de la ley 26.657. Sostienen que "La interdisciplina ya es una victoria de la ciencia y su preeminencia sobre otras formas de trabajo individualistas se basa en la acción mancomunada y efectiva desde la diversidad de incumbencias profesionales. Todos son profesionales de la salud mental y solo complementando sus saberes —sin rivalidades ni falsas competencias— se conforma un "equipo" sin jerarquías de ningún tipo. Los profesionales con título de grado "están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. ...". Rompe con la hegemonía médico-psiquiátrica y permite una evaluación desde distintas ópticas y perspectivas, en un enfoque integral, integrado y más democrático de la salud mental." En cuanto a la cuestión central del artículo 16, manifiestan su acuerdo con la solución legal, al entender que ello solamente es necesario cuando se requiere medicar al paciente.

En un sentido similar, Fama y Pagano (23) plantean como valioso el quiebre de la hegemonía médico-psiquiátrica, entendiendo que la complementación de saberes desde distintas perspectivas resulta en un enfoque integral y "más democrático" de la salud mental. Siguiendo a Kraut y Diana (2011) sostienen que la intervención de un médico psiquiatra resulta imprescindible sólo a los fines de prescribir el uso de fármacos para el paciente, pero no cuando en el contexto de su tratamiento se requiriera la internación, tanto en el caso que fuera institucional como domiciliaria. Entienden que en el marco legal el psicólogo tiene una competencia profesional suficiente para ello. Apoyan estas conclusiones en la ley nacional 23.277, que en su artículo 8°, inc. 1. establece que los profesionales que ejercen la psicología estarán obligados a "aconsejar la internación en establecimiento público o privado de aquellas personas que atiendan y que por los trastornos de su conducta signifiquen peligro para sí o para terceros; así como su posterior externación". Asimismo, citan la ley 10.306 de la Provincia de Buenos Aires que regula la actividad profesional de los psicólogos y prescribe en su art. 2° que forman parte del ejercicio de la profesión de psicólogo "... el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad, para la recuperación, conservación y prevención de la salud mental, mediante métodos y técnicas específicamente psicológicas" (inc. a). Aclaran sin embargo que no puede derivarse de esta conclusión que no resulte necesaria a los fines del tratamiento la realización de estudios que permitan determinar si la enfermedad detectada tiene una base orgánica o funcional.

Si bien se entiende la lógica de razonamiento seguida en este punto, se encuentra un límite en cuanto a los alcances para la aplicación de la legislación citada. Es claro que la ley 10.306 rige solamente en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires. Por su parte, la ley nacional 23.277, al tratarse de una ley orientada a la regulación del poder de policía de las profesiones, parece entrar a priori en conflicto con las atribuciones propias de cada jurisdicción.

A partir del dictado del Decreto 603/2013 el debate sobre estas cuestiones se relanza. En este punto, y en relación con las cuestiones abordadas por la doctrina, parece haber un aspecto que no ha sido adecuadamente considerado. Cabe resaltar que tanto la profesión de médico, como la profesión de psicólogo son consideradas profesiones de riesgo en el marco del artículo 43 de la ley 24.521 de Educación Superior. Ello implica la definición de estándares para las Universidades para el dictado de las carreras, y su obligatoria acreditación ante la Comisión Nacional de Evaluación Universitaria (CONEAU), y de alcances de carácter exclusivo y concurrente. La definición de ambos corresponde a la jurisdicción nacional, y se realiza por el Ministerio de Educación a partir del acuerdo del Consejo de Universidades.

La resolución del Ministerio de Educación N° 1314/2007, actualiza las disposiciones de la 535/1999 y

establece en su Anexo V como actividades profesionales reservadas al título de Médico las siguientes:

"

- Anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso diagnóstico o pronóstico;

- Planear, programar o ejecutar las acciones tendientes a la preservación de la salud o a la provisión de cuidados paliativos;

- Asesorar a nivel público o privado en materia de salud y practicar pericias médicas.

Todo ello ya sea sobre individuos o sobre el conjunto de la población independientemente de la percepción o no de retribuciones. (...)"

Por su parte, rige para la profesión de psicólogo la resolución 323/2009 que en su Anexo V, entre otras, establece como actividad profesional reservada a dicho título: "5. Realizar indicaciones psicoterapéuticas de internación y externación de personas por causas psicológicas (...)".

A partir de esta normativa, podemos afirmar que los psicólogos tienen competencia para indicar la internación cuando las causas fueran psicológicas. Pero ello requiere descartar la existencia de una enfermedad de base orgánica, en cuyo caso, la competencia parecería estar reservada a los profesionales con título de Médico.

Cabe concluir este punto señalando que si bien la norma de la ley 26.657 y su decreto reglamentario autorizan que las decisiones de internación sean resueltas mediante la intervención de un equipo interdisciplinario y con la firma alternativa de un médico o psicólogo, razones de orden normativo y práctico llevan a recomendar que en todos los casos que resulte posible la intervención de ambos profesionales sea concurrente, quedando reservada la decisión mediante la intervención de sólo uno de ellos cuando el caso bajo análisis implique una necesidad inmediata de resolución por mediar riesgo grave e inminente para la persona enferma y para terceros.

#### **VII- Dictamen y responsabilidad profesional. Una última fuente de inconsistencia.**

Una última fuente de inconsistencia de la normativa proviene del anexo de la reglamentación en cuanto se refiere al artículo 8° que establece que "los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto".

Esta disposición representa una fuente de inconsistencia con el objetivo buscado de integración de equipos verdaderamente interdisciplinarios y no aparece resuelta en forma suficiente por la reglamentación. Si el trabajo es interdisciplinario hasta sus últimas consecuencias, no hay justificación para evitar la responsabilidad solidaria de todos los profesionales intervinientes por los eventuales daños que pudieran provocarse. En este contexto, la única forma de deslindar adecuadamente las responsabilidades debe ser la elaboración de dictámenes por separado que sean consistentes entre sí, y que sean fruto del trabajo interdisciplinario. No obstante, este punto parece ser una cuestión no planteada en forma adecuada por la reglamentación y que deberá ser resuelta por cada jurisdicción en el contexto del dictado de las necesarias reformas en materia procesal.

#### **VIII. Situación actual. Aspectos a considerar a modo de cierre.**

Luego de valorar los debates en torno a la problemática cabe cerrar la presentación a partir del planteo de algunas conclusiones.

En cuanto se refiere al abordaje interdisciplinario, debe resaltarse que su efectiva concreción no puede resultar en una simple obligación de intervención por parte de profesionales de distinta disciplina, sino que exige la disposición de condiciones para la realización de un trabajo en equipo, cuyas conclusiones resulten de un esfuerzo de integración de los distintos saberes involucrados.

En tal sentido, "El mandato emergente del art. 6° de la norma fue tomado por el Ministerio de Salud de la Nación, que con fecha 16 de mayo de 2011 dictó la Res. 464/11, por la cual se crea el Equipo Interdisciplinario en Salud Mental en el ámbito de la Gerencia de Servicios al Beneficiario de Superintendencia de Servicios de Salud, asignándole las atribuciones y facultades inherentes a la promoción y difusión en temáticas vinculadas a la salud mental, y a asegurar una fluida comunicación hacia la comunidad de los principios, derechos y garantías establecidas por la ley 26.657 (art. 1°). El citado equipo tendrá por funciones actuar como referente para todos los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud y otros organismos, tanto públicos como privados, desarrollar investigaciones en el área de salud mental y adicciones, convocar a los Agentes para participar de intercambios atinentes a la temática, realizar un relevamiento para conformar un diagnóstico de situación y su sistemático monitoreo, y todas aquellas acciones destinadas a constituirse como órgano de consulta permanente (art. 2°)." <sup>(24)</sup>

La responsabilidad para la organización de estos equipos, sin perjuicio del trabajo de coordinación del Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación de la Ley de Salud Mental, recae en las

jurisdicciones locales. (25) Una serie de obstáculos subsisten hoy en día para el logro de estos objetivos. Entre ellos podemos señalar:

- carencia de recursos y políticas públicas adecuadas de los agentes públicos;
- falta de implementación por parte de algunos agentes privados;
- resistencia por parte de los profesionales a integrar un marco de referencia común que permita el trabajo interdisciplinario.

Una de las causas de esta situación, especialmente en cuanto se refiere al último de estos puntos podemos encontrarla esbozada por Maccagno y Vítolo (26), quienes critican la "demonización del hospital monovalente" por quienes instan a su eliminación en lugar de promover su refuncionalización y proponen la exclusión de los médicos como único camino para limitar la preeminencia del "saber psiquiátrico". Sostienen que "está claro que "el problema de la salud mental no se resuelve sólo con psiquiatras, y es bienvenido el aporte enriquecedor de otras profesiones afines y la interdisciplina. Pero tampoco se podrá resolver contra los psiquiatras y los médicos por el imperio de una ley". Como dijo el Papa Francisco cuando era el Cardenal Bergoglio: "es mejor caminar 1 km juntos que 10 km separados".

El desafío principal actual consiste entonces en promover las condiciones que permitan superar la falta de consensos en la materia generados por la ley 26.657. Para ello no va a ser suficiente la imposición brutal de la fría letra de la ley, ni de su reglamentación. Se requerirá en primer lugar de un esfuerzo de las jurisdicciones locales para dotar a las instituciones que tengan por responsabilidad el abordaje de la problemática de la salud mental de recursos económicos y profesionales adecuados para el cumplimiento del exigente mandato que establece la ley. Asimismo, se deberán dictar las normas que concretamente aclaren la integración de los equipos, que establezcan condiciones de trabajo que permitan un enfoque genuinamente interdisciplinario y que permita un enriquecimiento recíproco a partir del aporte de las distintas profesiones, superando la dicotomía actual. Finalmente, para ello se requerirá un esfuerzo mancomunado de la autoridad de aplicación y las jurisdicciones locales para promover las acciones de formación y capacitación en la metodología del trabajo interdisciplinario. Sólo de esta manera podrá lograrse que la aplicación de la ley 26.657 redunde en una verdadera ampliación de derechos y no en una disputa entre profesionales.

(1) Se agradece la colaboración en el presente trabajo del Dr. Nicolás Lafferriere, del Dr. Sergio César Santiago y de todos los participantes en la Jornada de Actualización en Derecho Civil de las Personas que se desarrolló en el Centro de Gestión y Capacitación Judicial "Dr. Mario dei Castelli", Misiones. Los errores que subsisten son de exclusiva responsabilidad del autor.

(2) Dossier sobre la Ley de Salud Mental del Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Cit. por MACCAGNO, Guillermo y VÍTOLO, Fabián, "La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Comentarios y controversias", Microjuris, MJ-DOC-6362-AR | MJD6362, 2013

(3) KLEIN, Julie Thompson, Interdisciplinarity. History, Theory and Practice, Wayne State University Press, Detroit, 1990, 55, cit. por AA.VV., Investigación, Integración del Saber e Interdisciplinarietà (Parte I), Consonancias, N° 2, Universidad Católica Argentina, Dic. 2002; Lértora Mendoza, Celina A. Enfoque epistemológico de los problemas de interdisciplinarietà, en polylog, 2000 /online <http://them.polylog.org/1/alc-es.htm>

(4) Consonancias, N° 2, op. cit.

(5) Universidad de Gotemburgo, cit. en Consonancias, N° 2, op. cit.

(6) NISSANI, MOTI (1995), "Fruits, Salads, and Smoothies: A Working Definition of Interdisciplinarietà", Journal of Educational Thought, 29: 119-126

(7) NISSANI, op. cit.

(8) NISSANI, op. cit.

(9) BUNGE, Mario, "Construyendo puentes entre las Ciencias Sociales", en AA.VV. Desigualdad y globalización/cinco conferencias, Buenos Aires, Manantial/Universidad de Buenos Aires, p. 65.

(10) Interdisciplinarietà: problems of teaching and research in universities. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 1972, cit. por Consonancias N° 2, op. cit.; Klein, Julie T. "Evaluation of Interdisciplinary and Transdisciplinary Research A Literature Review", Am J Prev Med 2008; 35(2S):S116-S123).

(11) CONNELLY, Steve, ANDERSON, Clive, "Studying water: reflections on the problems and possibilities of interdisciplinary working Interdisciplinary Science Reviews, 2007, vol. 32, no. 3, pp. 213:220.

(12) KÖRNER, Mirjam, "Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach", *Clinical Rehabilitation* 2010; 24: 745—755.

(13) No obstante su relevancia, en particular ante la escasez de estudios empíricos sobre el tema, el trabajo presenta algunas limitaciones metodológicas, en particular con relación a la subjetividad de los indicadores. Para alcanzar conclusiones más firmes se requeriría contar con estudios complementarios que trabajen sobre variables objetivas. Excede el objeto de esta contribución dar una respuesta definitiva a la problemática, y a pesar de este comentario, deben considerarse los resultados como un primer esfuerzo importante para el estudio de la cuestión.

(14) Llama la atención la referencia a "multidisciplina" en lugar de "interdisciplina". Especialmente dado que la ley 3302 dictada inmediatamente establece un carácter "interdisciplinario" para los Comités de Bioética.

(15) Ver intervención Fac. Medicina UBA en el Debate. Cit. por FAMA, María Victoria, PAGANO, Luz María, "La salud mental desde la óptica de la ley 26.657", en addenda de actualización a Azpiri, Jorge O. (dir.), *Instituciones del derecho de familia y sucesiones, Hammurabi*, Buenos Aires, 2011, (2012). Se sugiere también la lectura de MACCAGNO y VÍTOLO (2013), op. cit.

(16) LAFFERRIERE, Jorge Nicolás, MUÑIZ, Carlos, "La nueva Ley de Salud Mental. Implicaciones y deudas pendientes en torno a la capacidad", ED, 241 - 22/02/2011, nro 12.697.

(17) MUÑIZ, Carlos (2012), "Personas con incapacidad y con capacidad restringida por razón de discapacidad mental en el Proyecto de Código Civil y Comercial", *Revista de Derecho de Familia y de las Personas*, La Ley, Año 4, N° 8, Septiembre de 2012.

(18) HOOFT, Irene, RIVERA, Julio César, "La nueva ley 26.657 de Salud Mental", JA 25/05/2011.

(19) PÉREZ DAVILA, Luis Alejandro, "Nueva ley de salud mental 26.657", *La Ley*, Suplemento de Actualidad, 05/05/2011.

(20) MAYO, Jorge A., TOBÍAS, José W., "La nueva ley 26.657 de salud mental. Dos poco afortunadas reformas al Código Civil", *LA LEY*, 14/02/2011, DFyP, 2011 (marzo), 24/02/2011, 153.

(21) RIVERA y HOOFT, op. cit.

(22) KRAUT, Alfredo - DIANA, Nicolás, "Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectoria" *LA LEY* 08/06/2011.

(23) FAMÁ y PAGANO, op. cit.

(24) FAMA y PAGANO, op. cit.

(25) DELLACQUA, Mabel, "Algunas consideraciones de la reglamentación de la Ley de Salud Mental", *Microjuris*, MJ-DOC-6373-AR | MJD6373, 2013.

(26) MACCAGNO y VÍTOLO, op. cit.