

Alcances y compromisos de la ley de Salud Mental de la República Argentina a la luz de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad



Por María Victoria Zubiaurre

Lic. en Psicopedagogía (USal)

Especialista en Bioética (Univ. San Pablo – CEU) España

Especialista en Gestión de Servicios para la Discapacidad (Universidad ISALUD)

Departamento de Docencia e Investigación y Equipo de Rehabilitación Basada en la Comunidad, Servicio Nacional de Rehabilitación (Ministerio de Salud de la Nación)

1. Introducción.

El presente trabajo tiene como propósito analizar la Ley de Salud Mental (SM) y su Decreto Reglamentario de la República Argentina, a la luz de los principios y valores de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPcD).

Se comenzará con una pequeña introducción acerca de los Derechos Humanos en general, sus características, clasificación, entre otras descripciones, para luego introducir conceptos específicos relacionados a los derechos de las personas con discapacidad. Entre los cuales se desarrollará; el propósito de la CDPcD, su proceso de construcción, alcance y ámbitos de aplicación, así como la vinculación jurídica a nivel país y como consecuencia el detalle de compromisos asumidos, y para finalizar, su estructura. Se incluirá una breve síntesis de la evolución de los modelos explicativos acerca de cómo se ha percibido la discapacidad desde los antiguos griegos a la actualidad, para arribar al concepto vigente que es utilizado en la convención junto algunos de los instrumentos de uso a su alcance. Luego, y para continuar avanzando según el lineamiento ideado, se desplegará por un lado el contexto histórico de las estructuras institucionales entorno a la salud mental y por otro, el proceso de reconstrucción de una Política en SM, que como resultado final deviene en la Ley de SMRA vigente. Se mencionará la normativa nacional e internacional que acoge, su fundamentación filosófica, que permitirá vislumbrar sus principios y valores. Finalmente se detallará la estructura de la Ley, donde se expresa la definición de SM adoptada, para luego arribar al objetivo específico final; comparar los valores y principios de la CDPcD y la Ley de Salud Mental de la República Argentina (SMRA).

La modalidad del trabajo será de tipo Documental, cuyo objetivo fundamental es el análisis de dos leyes relevantes en materia de Discapacidad

mencionadas en ésta introducción; la CDPcD y su Protocolo Facultativo y la Ley SMRA y su Decreto Reglamentario.

2. Problema

Al ratificar un país la CDPcD, está aceptando las obligaciones jurídicas que le corresponden en virtud del tratado, y después que el mismo entra en vigor, se asume que adoptará la legislación adecuada para hacerlas cumplir. Los países que se unen a la Convención se comprometen a elaborar y poner en práctica políticas, leyes y medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos en la misma y abolir las leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que constituyen discriminación. (Artículo 4). La República Argentina ratifica la CDPcD en el 2008, incorporándose al plexo institucional de los derechos humanos a los que se hace referencia expresa en el art 75, inc. 22, de la Constitución Nacional Argentina.

En este contexto, el 02 de diciembre de 2010, el Congreso Argentino promulga la Ley Nacional de Salud Mental, bajo el Numero 26.657, y su Decreto reglamentario bajo el Número 603, en el mes de mayo de 2013. Las normativas anteriormente mencionadas, fueron promulgadas cuatro años después de aprobada la CDPcD y su Protocolo Facultativo (ONU, 13/12/2006) y dos años después que la República Argentina, a nivel país, ratificó la misma en el 2008, bajo la Ley numero 26.378/2008. Ante lo expuesto, surge el interrogante si la ley SMRA, toma como guía rectora los principios y valores de la CDPcD, teniendo en cuenta el compromiso internacional asumido por el país al ratificar la misma.

2.1 Objetivo General

Analizar la Ley de Salud Mental y su Decreto Reglamentario de la República Argentina, a la luz de los principios y valores de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. (CDPcD).

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los principios y valores de la CDPcD.
- Describir la Ley de SMRA.
- Comparar los principios y valores de la CDPcD y la Ley de SMRA

3. Marco Teórico

El abordaje del presente trabajo tendrá como columna vertebral a la CDPcD. Es por ello, tal como se enunciara en la introducción de este documento, se realizará un pequeño preludeo acerca de los Derechos Humanos en general, sus características, clasificación, entre otras descripciones.

Los Derechos Humanos son garantías jurídicas que protegen a las personas y grupo de personas contra los actos que atenten o afecten las libertades fundamentales de las mismas y a su dignidad humana. Entre las principales características de los derechos humanos, se pueden citar los siguientes;

- *Son universales*, protegen a todos los seres humanos sin excepción;

- *Son inalienables*, nadie puede renunciar o ser despojado de ellos;
- *Son Intransferibles*, los derechos no pueden cederse;
- Se basan en la *dignidad intrínseca* y la *igualdad* de todos los seres humanos;
- *Son indivisibles e interdependientes*, solo se dividen para su mejor comprensión;
- Imponen *obligaciones*, particularmente a los Estados y a los agentes del los Estados;
- Son *garantizados* por la comunidad internacional; Están *protegidos* por la ley y protegen a todos los *seres humanos*. (ONU, 1948)

Los derechos humanos pueden clasificarse en varias categorías o generaciones; se tomará la descripción realizada por Karel Vasak (1979), en donde en cada una de las categorías asocia a unos de los tres grandes valores proclamados en la Revolución Francesa;

- Primera generación: Libertad; civil y política (derechos fundamentales o individuales)
- Segunda generación: Igualdad; económica, social y cultural
- Tercera generación: Fraternidad (solidaridad); de los pueblos

Con esta breve introducción sobre las características de los Derechos Humanos, se podría inferir, que sería más que suficiente lo existente para proteger a todos. Pero en la práctica, los grupos más vulnerables son los que se ven más afectados, y es por ellos que las convenciones internacionales tienen por objeto proteger y promover los derechos humanos de tales grupos.

En el caso específico de la CDPcD, su propósito es proteger y garantizar el disfrute pleno y por igual del conjunto de los derechos humanos de las Personas con Discapacidad. (PcD). La misma cubre una serie de ámbitos fundamentales tales como la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, y la igualdad y la no discriminación. La Convención no crea ningún derecho nuevo, solo expresa los derechos existentes según las necesidades y situación de las PcD. Si bien las personas con discapacidad estaban incluidas en los siete tratados de derechos humanos de la ONU y las Normas Uniformes (ONU, 1994), la Convención logra constituirse en un instrumento jurídicamente vinculante. Hecho imprescindible para el logro de garantías más efectivas de cumplimiento, goce y ejercicio de los derechos de la población de referencia, en todo el mundo.

En el año 2000, en Beijing, comienza a gestarse el proceso de negociación en el seno de las Naciones Unidas (ONU), para la adopción de la CDPcD. Este, llevó cinco años, tiempo record en la historia de la ONU, para lograr aprobar un tratado de derechos humanos. El hito más importante de las ocho (8) reuniones desarrolladas por el Comité Ad Hoc¹, encargado de encabezar el proceso hacia un nuevo tratado internacional para proteger los derechos de las PcD, fue la enorme participación de la sociedad civil. En esta instancia se fundó el CAUCUS Internacional sobre Discapacidad (IDC, sus siglas en inglés), con la participación de 25 organizaciones internacionales, regionales y algunas de carácter nacional. De su gran impronta y rol protagónico en las negociaciones surge el “nada sobre nosotros sin noso-

1 56 Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en el 2001 la resolución 56/168, que establece la creación del Comité Especial de referencia.

tros”. A través de la CDPcD y su Protocolo Facultativo (ONU), que fueron aprobados el 13/12/2006, mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/61/106, se instaure como objetivo, dar mayor visibilidad a las PcD en el ámbito de los derechos humanos. La República Argentina, tal como se cita en la introducción, ratifica la CDPcD en el 2008². Al ratificar este tratado, el país acepta las obligaciones jurídicas que le corresponden en virtud del mismo y se compromete en consecuencia, a desarrollar acciones para implementar las obligaciones establecidas en la Convención. Estas acciones pueden incluir reformas legislativas o creación de nuevas normas, cambios en la planificación, diseño de nuevas políticas públicas, cambios de carácter administrativo en instituciones, entre otros. Al ser ratificada la Convención en nuestro país, durante el período 2008-2014, la misma tuvo un valor o rango superior a nuestras leyes nacionales (valor supralegal). Esto quiere decir, que prevalecía lo que está escrito en el tratado, siempre y cuando sea más avanzada en materia de derechos humanos que nuestras leyes nacionales. A partir del 11 de diciembre de 2014, el Congreso Argentino le otorga a la CDPcD, jerarquía constitucional, en términos del artículo 75, inciso 22 (Ley N° 27.044/14). Siguiendo los compromisos asumidos al ratificar la Convención, el Gobierno de la República Argentina, contemplando el artículo 33 de la mencionada Convención sobre “Aplicación y seguimiento nacionales”, donde dispuso en su punto 1 que: “Los Estados Partes, de conformidad con su sistema organizativo, designarán uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la presente Convención y considerarán detenidamente la posibilidad de establecer o designar un mecanismo de coordinación para facilitar la adopción de medidas al respecto en diferentes sectores y a diferentes niveles”. A su vez, el punto 2 del mencionado artículo 33 establece que “Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención. Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción, de los derechos humanos”. En resolución a ello, la Argentina, y como sus antecedentes lo indican, desde 1987, la COMISION NACIONAL ASESORA PARA LA INTEGRACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CONADIS), que ha venido cumpliendo hasta la fecha, las funciones de coordinación y promoción de acciones en la materia dentro del ESTADO NACIONAL, así como acordando dichas acciones, tanto con las PROVINCIAS como con la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES y demás organismos públicos y privados. Por lo expuesto, y conforme lo establecido en el punto 1 del artículo 33 de la Convención, resulta que la CONADIS (Decreto 806/2011) es el organismo competente, dentro de la estructura de la Administración Pública Nacional, para ser la encargada de las cuestiones relativas a la aplicación de la CDPcD y su Protocolo Facultativo, ratificada por la Ley N° 26.378. Por el mismo Decreto 806/2011, el Gobierno Nacional crea el OBSERVATORIO de

la DISCAPACIDAD en el ámbito de la COMISION NACIONAL ASESORA PARA LA INTEGRACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, el que tendrá como cometido generar, difundir, actualizar y sistematizar la información que se recopile de las distintas fuentes, tanto públicas como privadas, en la materia y efectuar el seguimiento de la aplicación y cumplimiento en los distintos ámbitos, de las cláusulas de la Convención. La CONADIS, será además, el interlocutor válido ante el comité internacional de expertos, cuyo mandato es ser órganos de supervisión, llevando a cabo la tarea de supervisar y monitorear la implementación de la Convención. Este Comité recibe los informes de los Estados partes donde se transmite lo que un país ha realizado para cumplimentar con sus obligaciones, según tratado. La Estructura de la CDPcD puede distinguirse de la siguiente manera;

- I. Preámbulo
- II. Un conjunto de artículos numerados del 1 al 50, los cuales se pueden subdividir en:
 - A. Artículos con disposiciones generales
 - B. Artículos sobre grupos específicos o situaciones particulares agravantes de violaciones de derechos
 - C. Artículos facilitadores generales para el ejercicio de los derechos de las PcD
 - D. Artículos sobre derechos sustantivos de las PcD; derechos civiles y políticos y derechos económicos, sociales y culturales
 - E. Artículos sobre mecanismos para velar por la aplicación del tratado (supervisión y monitoreo)
 - F. Artículos administrativos o de procedimiento

Por otra parte, se encuentra el Protocolo Facultativo, que está compuesto por 18 artículos.

La CDPcD, desde sus inicios ha contribuido en el acompañamiento del proceso de cambio de la percepción de la discapacidad en la sociedad. El paradigma de derechos humanos, sobre el cual está elaborada la Convención, se centra en la dignidad intrínseca o propia del ser humano, independientemente de las características o condiciones que tenga ser hombre o mujer, su color de piel, edad, estatura, condición de salud, social, discapacidad, entre otras. En este enfoque la discapacidad es colocada como una característica más dentro de la diversidad de los seres humanos y no como la característica que debe definir la vida de una persona, buscando entre otros fundamentos teóricos, apelar la discriminación y exclusión. El énfasis de la Convención se orienta a las trabas, barreras y dificultades que la sociedad antepone entre la PcD y su plena inclusión. En este modelo³ la discapacidad está localizada en el entorno socio-cultural y físico y se deriva de la falta de conciencia del Estado y la Sociedad hacia la diferencia, que representa la discapacidad. Aquí, se insta a los Estados hacer frente a los obstáculos creados socialmente, con el fin de promover y garantizar el respeto de la dignidad e igualdad de derecho de todas las personas. El filósofo Immanuel Kant (1996), realizó su contribución en defensa de la importancia de los derechos, al explicar la diferencia que hay entre las cosas y las personas. Las cosas, según Kant, tienen un valor relativo al que llamamos precio, pero las personas tienen un valor absoluto

2 21 de mayo de 2008, es ratificada por el Honorable Congreso de la Nación, mediante Ley N° 26.378.

3 Modelo, entendido como un marco de pensamiento y acción.

en sí mismas al que llamamos dignidad. Kant consideraba que la dignidad de las personas nos obliga a tratar a los seres humanos como fines en sí mismos. Este pensamiento permite introducir un breve recorrido de los modelos conceptuales o explicativos sobre discapacidad que preceden, para comprender como han ejercido en los modos y forma de comprender la discapacidad y en las respuestas que las instituciones y el conjunto de la sociedad han dado. La historia de la discapacidad se empieza a entender de una forma dramática desde la época de los antiguos griegos, específicamente en Esparta; donde los bebés que nacían con algún tipo de discapacidad, tanto física como intelectual eran exterminados, costumbre que perduró durante muchos siglos. El infanticidio formaba parte del llamado *modelo de la prescindencia o negativo*: la discapacidad tendría su origen en causas religiosas, siendo un castigo de los dioses. También se consideraba que las personas con discapacidad transmitían mensajes “diabólicos”, las vidas de estas personas no merecían ser vividas y por tanto su existencia era considerada innecesaria. Con posterioridad, durante la Edad Media se mantuvo el modelo de prescindencia sosteniéndose la concepción de un origen sobrenatural para la discapacidad y se las internaba en forma permanente, o debían vivir de la limosna, conformándose así el denominado *modelo de marginación*. Durante los siglos XVII y XVIII, se consideraban trastornadas a las personas que tenían una discapacidad mental y debían ser internadas en orfanatos y manicomios, sin recibir ningún tipo de atención específica. Si se observa los textos de la época, la terminología utilizada para denominarlos era; imbéciles, débiles mentales, locos... plasmándose así, la apreciación social de la época acerca de la población de referencia. A fines del siglo XVIII y principios del XIX, se inicia la institucionalización, es decir, la internación de modo específico, de quienes tenían una discapacidad psíquica. Aquí, las personas con discapacidad eran separadas, segregadas, discriminadas. Se protegía a las personas “normales” de las “no normales”. El *modelo médico* considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. Este modelo se extiende hasta fines del siglo XIX en el que comienza el *modelo determinista funcional* que concluye a fines del decenio de 1980 y en el que se desarrollan y comienzan a aplicarse los criterios de la rehabilitación médica y de la educación especial. Desde fines del decenio de 1980 hasta la fecha se desarrolla el *modelo social o inclusivo*. Este último modelo sostiene que la discapacidad tiene su origen en causas preponderantemente sociales, sin negar el sustrato médico-biológico, pero afirma que lo importante es el rol que juegan las características del entorno creado por el hombre (viviendas, escuelas, centros de trabajo, espacios urbanos, transporte, medios de comunicación). Las desventajas que experimentan las personas con discapacidad surgen de la interacción entre las características personales y el entorno. De la dialéctica del modelo médico versus el modelo social surge el *enfoque Bio-psico-social*, utilizando lo mejor de los dos para describir el proceso de funcionamiento/discapacidad. Existen otros dos modelos que también es importante citar, ya que el enfoque

bio-psico-social ha agrupado de estos, algunas de sus premisas. Uno de ellos es el *modelo político-activista*, que centra sus actuaciones en la acción política y social. Dice que las limitaciones con las que se encuentran las personas con discapacidad en temas como empleo, transporte, educación... no son consecuencia de su problema médico, sino que es el resultado de la actitud de la sociedad. Defiende que el individuo con discapacidad es miembro de un grupo minoritario que ha estado discriminado por la sociedad. En este modelo se relacionan las teorías sociales de la discapacidad y el activismo político. También se ha denominado modelo de las «minorías colonizadas», ya que cree que el colectivo de las PcD ha sido colonizado por una cultura dominante, «la médica» que es la que impone los criterios y necesidades, ya que considera a las PcD como incapaces de autodefinirse y autoregularse. Y segundo, el *modelo universal* que se plantea la discapacidad como un hecho universal en el que toda la población está en situación de riesgo. Este modelo asume que la discapacidad no es un atributo que diferencia una parte de la población de otra, sino que es una característica intrínseca de la condición humana.

La Convención utiliza en su marco conceptual, al momento de valorar la Discapacidad, a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁴. La CIF, es una clasificación de la salud y estados relacionados con la salud. Pertenece a la “Familia de Clasificaciones Internacionales” desarrolladas por la OMS, que pueden ser aplicadas en distintos aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el encuadre conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud, como por ejemplo; el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, entre otros. Al emplear un lenguaje estandarizado y unificado permite la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo. Dentro de las clasificaciones internacionales, las condiciones de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, entre otros), se clasifican con la CIE 10, que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican con la CIF, por lo tanto la CIE 10 y la CIF son complementarias y deben ser usadas en forma conjunta. El término *funcionamiento* se incluye como término neutro que abarca *función corporal, actividad y participación*. Aquí, el propósito es describir el estado de funcionalidad de la persona y lo relaciona con su estado de salud. Es decir, valora la condición de salud en la vida cotidiana de las personas. El término *discapacidad* aparece abarcando deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La incorporación del término de *Salud* en la CIF, se concibe en su base conceptual por necesidad de enfatizar el hecho de que se evalúa salud y estados de salud, desde un enfoque bio psico social.

Como resultado del camino descripto anteriormente, tanto en el contexto internacional como nacional señala que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones, con los demás”.

4 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 54 Asamblea Mundial de la Salud (OMS) el 22 de mayo de 2001, aprueba esta nueva Clasificación. De aquí en adelante CIF.

Hasta aquí, se ha intentado ahondar sobre cada uno de los modelos y posicionamiento de los mismos, e indicar cuál de ellos apadrina la CDPcD, como modelo superador. Tal como se mencionó en apartados anteriores, la otra dimensión de análisis en los objetivos generales de este trabajo integrador final (TFI) constituye la SM, concretamente la sanción de la legislación específica para su abordaje. Es por ello, que se hace necesario mencionar la trayectoria recorrida por el concepto de SM en general y en lo particular la SMRA. A continuación, se buscará plasmar los modelos anteriormente rememorados, pero en esta oportunidad, se pondrá el acento en la percepción de SM de la población, desde la construcción de las estructuras institucionales y como resultado, la respuesta brindada al conjunto.

Los orígenes institucionales de la Salud Pública del país, dependía en sus inicios del Real Protomedicato, creado por el Virreinato para las Américas. Su función era ocuparse de la vigilancia del ejercicio profesional, pero lo más relevante es que algunos de los protomédicos de la época, fueron los que crearon el andamiaje básico de una salud pública moderna. Otro hito relevante, y poniendo el foco en la especificidad del tema a tratar, fue la Liga de Higiene Mental, (1927), cuyo propósito estaba centrado en la modernización del tratamiento de los llamados por aquel entonces, alienados, procurando equiparar los progresos obtenidos en el ámbito de la medicina general. Para ello, se adoptan los modelos ya implantados en Alemania y Francia, cuyo enfoque era una asistencia psiquiátrica abierta en oposición al modelo asilar, cerrado o de internación. Luego, a partir de 1946, se produce otro cambio importante en materia de Salud, ya que prevalece por aquel entonces la idea del Estado prestador y planificador hegemónico de la totalidad de los servicios de Salud. Es dable destacar que ya existía o se había creado la Dirección Nacional de Salud Pública desde el Gobierno Nacional, dependiente del Ministerio del Interior, para luego dar paso a la creación de la Secretaría de Salud Pública con categoría de Secretaría de Estado, asignándole al funcionario superior la jerarquía de Ministro. Es así que el Dr. R. Carrillo asume como primer Secretario con rango de Ministro llevando adelante una gran tarea de profundización en cambios sustantivos a nivel de la Salud Pública. Aquí, el nuevo concepto de Estado y sus funciones propone abandonar la beneficencia y la caridad para convertir la asistencia médica en una obligación del Estado para con los ciudadanos. En 1957, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, cuyos objetivos eran prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, promover la investigación científica de esta materia, prestar asistencia integral a los enfermos mentales, y contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los mismos. El Consejo Nacional de Salud Mental compuesto por Mauricio Goldemberg, Jorge García Badaracco y Raúl Usandivaras, fueron los encargados del proyecto de reglamentación orgánico funcional del INSM. Este contempló, no solo las reglamentaciones en SM más avanzadas, si no que también tuvo en cuenta las recomendaciones y sugerencias de la Organización Mundial de la Salud. OMS, en la materia. Los dos aspectos más relevantes a destacar del proyecto fueron el hecho de privilegiar las comunidades terapéuticas en los hospitales psiquiátricos y el “plan Goldemberg” para la capital Federal. Este último postula la creación de servicios de Psico-

patología en Hospitales Generales y centros periféricos, que hasta el día de hoy perduran. La intención era reducir al máximo la internación de los enfermos y propiciar su atención por consultorios externos, tal como se enuncia en la Ley de SMRA vigente. Los procesos de salud y enfermedad comenzaron a ser abordados como fenómenos sociales y colectivos. Dicho abordaje se comienza a realizar a través de un trabajo multidisciplinario de grupos, familia e institución. Luego, deviene un período gris, se disuelven las estructuras implementadas, se quita partida presupuestaria y toda intención de dar continuidad a una política de SM. A partir de la apertura democrática que viviera nuestro país desde 1983, la salud mental fue nuevamente caracterizada como una de las prioridades del sector salud. Fue en esa época que se puso en marcha un proyecto de organización nacional del área y se crearon los denominados “programas participativos nacionales”, que instalaron la cuestión de la desinstitucionalización, con experiencias concretas a partir de los 90’ en las provincias de Río Negro, Santa Fe y San Luis, y para el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con la sanción de la ley 448/2000.

A partir del transcurso del año 2001, la grave crisis socio sanitaria del país se constituye en factor desencadenante de múltiples trastornos psicosociales. La publicación del informe de la OMS sobre SM en el mundo del año 2001, coincidió con el principio de la gestión de SM del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION vigente, y se convirtió en una base ideológica y guía programática para quienes estuvieron en el proceso de reconstrucción del área. De la lectura bibliográfica consultada, se interpreta que con un alto espíritu federal y de participación se comenzó un proceso de colaboración entre Nación y la Provincias que permitió construir un rápido consenso para la redacción de un documento de intención proyecto de Plan Federal de SM. Y es así, como producto de una movilización política, se logra poner en agenda la reconstrucción de una Política en Salud Mental en el país (Di Nanno, 2008). Y como producto de ello, el 02 de diciembre de 2010, el Congreso Argentino promulga la Ley Nacional de Salud Mental, bajo el Numero 26.657, y su Decreto reglamentario bajo el Número 603, en el mes de mayo de 2013. Es necesario mencionar la nutrida normativa internacional que contempla y en la cual el país se basa, con relación a la temática, más allá de las disposiciones vigentes. La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Convención Americana)⁵, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)⁶, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁷, la Convención Interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las Personas con Discapacidad⁸, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁹. Además de todas

5 Convención Americana sobre Derechos Humanos, 22 de noviembre de 1969. OEA. La Argentina ratificó esta Convención el 05 de septiembre de 1984.

6 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966, ONU. Doc. A/6316. La Argentina lo ratifica el 08 de noviembre de 1986

7 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 03 de enero de 1976 entra en vigor, ONU. Doc. A/6316. La Argentina lo ratifica el 08 de noviembre de 1986

8 la Convención Interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las Personas con Discapacidad, 07 de junio de 1999, entra en vigor en septiembre de 2001. La Argentina la ratifica en el 2001 y la incorpora al derecho interno bajo la ley nro. 25280

9 La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (ONU) fueron aprobados el 13/12/2006, mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/61/106.

las recomendaciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas tales como; los principios para la protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el mejoramiento de la Salud Mental (Principios de Salud Mental)¹⁰, Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las PcD¹¹. Como así también documentos sobre políticas redactados por la Organización Mundial de la Salud sobre cuáles son las mejores prácticas a implementar, incluyendo la Declaración de Caracas¹² y la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual¹³, la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental¹⁴. Y más recientemente, las Reglas de Acceso a la Justicia de las Personas en condición de Vulnerabilidad¹⁵. Todo el marco normativo y de principios descripto, posiciona la realización del ser humano como un fin en sí mismo, siendo su persona inviolable y constituyendo un valor fundamental. De todo lo anteriormente expuesto, y de la historia nacional de lucha en defensa de los derechos humanos en general y en particular de las PcD, se nutre y constituye el basamento filosófico la Ley de SMRA. Su estructura está constituida por doce capítulos (12), con un total de cuarenta y seis (46) artículos, más su Decreto Reglamentario.

Cada uno de sus capítulos enmarca con precisión lo que en ellos se enuncia;

Capítulo I, Derechos y garantías;

Capítulo II, Definición

Capítulo III Ámbito de aplicación

Capítulo IV Derechos de las personas con padecimiento mental

Capítulo V Modalidad de abordaje

Capítulo VI Del equipo interdisciplinario

Capítulo VII Internaciones

Capítulo VIII Derivaciones

Capítulo IX Autoridad de Aplicación

Capítulo X Órgano de Revisión

Capítulo XI Convenios de cooperación con las provincias

Capítulo XII Disposiciones complementarias

DECRETO REGLAMENTARIO 603/2013

La ley SMRA, en el capítulo II, en su artículo tercero, reconoce el concepto de SM "como un proceso determinado por componentes históricos, socio económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona". Y en su capítulo IV, haciendo referencia a los derechos, refiere a las personas con padecimiento mental. Aquí, parecería reflejar el camino de transfor-

mación de un paradigma a otro; desde el paradigma de la peligrosidad, hacia el paradigma de la capacidad, desde un enfoque tutelar, hacia uno de derechos, o de la exclusión a la inclusión. Camino donde el abordaje de la problemática está centrado en la persona y su enfoque es desde una perspectiva bio psico social.

4. Metodología

El tipo de trabajo será Documental, cuyo objetivo fundamental es el análisis de dos leyes relevantes en materia de Discapacidad;

– La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (ONU) fueron aprobados el 13/12/2006, mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/61/106. La República Argentina, ratifica la misma mediante Ley Nº 26.378/2008.

– Ley Nacional De Salud Mental Nº 26.657/12 y su Decreto Reglamentario 603/2013 (de aquí se desprende, el Plan Nacional de Salud Mental en la República Argentina, según normativa de referencia).

La estrategia de análisis estará centrada en los principios y valores de ambas leyes, complementando el estudio con la descripción de diferentes fenómenos (de orden históricos, cultural, jurídico, etc.). Se utilizara diversas fuentes de documentación existente, que directa o indirectamente, aporte la información. buscando, a través de ello, responder a los interrogantes planteados. De esta manera se intentara cumplir con los objetivos específicos y el general del presente trabajo.

Se anexará un cuadro que permitirá visualizar de forma agregada las dimensiones seleccionadas de ambas normas, y como complemento de los ejemplos que se presentarán en el desarrollo.

5. Análisis

Luego del recorrido conceptual desarrollado en los ítems anteriores, se pretende en este apartado; transcribir los principios y valores identificados de la CDPcD y sintetizar las transformaciones conceptuales y de aplicación, introducidas en la ley SMRA, basadas fuertemente en los principios internacionales sobre Derechos humanos. Para finalizar, se seleccionará tres principios y valores de ambas normativas, con el propósito de reflejar comparativamente la concordancia o no de los mismos. Asimismo, y en carácter de Anexo complementario, se presenta un cuadro comparativo de los principios y valores de las normativas en tratamiento.

En relación a lo expresado anteriormente, en primer lugar es oportuno destacar que un *principio* es una ley o regla que se cumple o debe seguirse con cierto propósito, como consecuencia necesaria de lograr el mismo. Por el contrario, los *Valores* se sitúan como códigos morales que aplican universalmente las sociedades, y donde casi siempre está presente la dualidad entre el bien y el mal. Como consecuencia, un principio entendido como una norma moral, es un valor que dirige el accionar de un sujeto y/o sociedad.

Estos axiomas nos sirven para recordar lo expresado en el cuerpo teórico con relación al propósito de la CDPcD; "proteger y garantizar el disfrute

10 Principios para la protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el mejoramiento de la Salud Mental, ONU, 1991.

11 Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las PcD, 1993. ONU. Res. 48/96

12 Declaración de Caracas, Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 1990

13 Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 2004

14 Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental, 04 de abril de 2001

15 Reglas de Acceso a la Justicia de las Personas en condición de Vulnerabilidad, aprobadas en el marco de la XVI cumbre judicial iberoamericana, Brasilia. 2008.

pleno y por igual del conjunto de los derechos humanos de las PcD”. Este, se cristaliza a través de su artículo 3, en el cual se detallan los Principios Generales que en ella se proclaman:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Una vez identificados los principios enunciados en la CDPcD, se presenta a continuación, las transformaciones más relevantes de la segunda norma en análisis, la Ley de SMRA;

- Reconocer la Autonomía de las Personas
- Establecer la no discriminación por una condición de SM de las personas
- Incluir la temática de las adicciones como parte del campo de la SM
- Establecer las acciones de SM en el marco de una Red de Servicios de SM basados en la comunidad
- Establecer la internación en hospitales generales y SOLO como un recurso terapéutico para casos excepcionales
- Democratizar los saberes del equipo de salud, fortalecer los mismos y respetar las incumbencias propias de cada profesión

La Republica Argentina, al ratificar la CDPcD, aceptó las obligaciones jurídicas que le corresponden en virtud del tratado, y después que el tratado entró en vigor, comenzó a trabajar fuertemente en ajustar la legislación vigente hasta la actualidad. Una de las demostraciones más contundente es el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación¹⁶ y la ley de SMRA.

A través de sus 46 artículos, la Ley de SMRA, busca dejar instalada una plataforma cuyo andamiaje jurídico pueda garantizar; el derecho a la intimidad, a vivir en comunidad, a recibir una atención sanitaria adecuada, derecho a mantener los vínculos familiares y afectivos, a recibir información sobre su condición de salud, derecho a su identidad, derecho a ser reconocido como sujeto de derechos y obligaciones, y que se presuma su capacidad. Todo ello, plasmado en la modalidad de abordaje en SM, donde la norma proclama que toda persona usuaria de los servicios dispondrá;

- Acceso de modo gratuito, igualitario y equitativo, a la atención integral de la salud mental, desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial,

basado en principios de atención primaria de la salud (APS).

- Atención en hospitales generales, sin discriminación y con recurso humano debidamente capacitado.
- Dispositivos de atención, basados en el nuevo paradigma. Y las instituciones existentes deberán adaptarse a los principios de esta ley, hasta tanto puedan ser sustituidos por dispositivos acorde a las necesidades de las personas, y que los mismos estén insertos en la comunidad.
- Acceso a la atención en el lugar más cercano a su domicilio.
- Acceso a un tratamiento personalizado, en un ambiente apto con resguardo de la privacidad y la libertad de comunicación, y que promueva la integración familiar, laboral y comunitaria.
- Acceso a un tratamiento; en el cual se conozca y preserve la identidad, los grupos de pertenencia, la genealogía y la historia personal. Donde pueda ser acompañado por familiares, afectos o cualquier allegado a quien se designe, durante todo el período de tratamiento. Que la medicación sólo se prescriba con fines terapéuticos, a partir de evaluaciones profesionales en el marco de abordajes interdisciplinarios, y nunca de forma automática, como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de cuidados especiales. Que se pueda acceder a la historia clínica (en forma personal, o a través de familiares, un abogado, o cualquier allegado a quien se designe), en la que debe registrarse diariamente la evolución de la salud y todas las intervenciones del equipo tratante.
- Acceso a una internación en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios e integrales, con dictamen fundado y firmado como mínimo por dos (2) profesionales (uno debe ser psicólogo o médico psiquiatra). La misma se llevará a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar o comunitario, y en caso de existir. Además, la internación debe ser lo más breve posible. Y nunca debe prescribirse ni prolongarse para resolver problemáticas sociales o de vivienda. Aquí, al igual que lo enunciado en el derecho al tratamiento, en la internación debe mantenerse los vínculos y la comunicación con familiares, allegados, y el entorno laboral y social. Se avala el abandono en cualquier momento de una internación voluntaria. Así como para el caso de las internaciones involuntarias, se prevé que solo se efectúe cuando a criterio del equipo de salud exista situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, y únicamente en el caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios. En un plazo máximos de 10 hs. Debe notificarse la internación a un juez y al órgano de revisión, para que controlen periódicamente la legalidad y condiciones de la medida. El Estado debe proporcionar un abogado defensor, desde el momento en que se inicia la internación, quien se podrá oponer a la medida y solicitar la externación en cualquier momento.

Además, la legislación de referencia, insta el derecho de toda persona usuaria de los servicios de SM al consentimiento informado, para todo tipo de intervención, y en especial para:

- Recibir información adecuada y comprensible –a través de los medios y tecnologías que sean necesarias– acerca del estado de salud, el tratamiento, y las alternativas de atención.

¹⁶ Código Civil y Comercial de la Nación, Aprobado por ley 26.994/14. Promulgado según decreto 1795/2014

- Que la información sea brindada a familiares o representantes legales de la persona, en caso de que ésta tenga dificultades de comprenderla.

Este resumen descriptivo de las transformaciones teóricas de la ley de SMRA, tal como se expresa al inicio del presente apartado, demuestra una fuerte impronta de aplicación, basada fundamentalmente en los principios internacionales sobre Derechos humanos. Con el plan de describir de manera concreta el resultado de los objetivos generales y específicos del presente TFI, se seleccionarán tres principios y valores de ambas normativas, que permitirá llevar a cabo el análisis sobre la existencia de concordancia o no, entre ellos.

Rememorando el artículo 3 de la CDPcD, en el cual se detalla los Principios Generales que ella proclama, se eligen como ejemplo los siguientes;

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- f) La accesibilidad;

Con respecto a este primer principio seleccionado, “El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”, se puede visualizar que en la Ley de SMRA, éstas dimensiones se traducen en su artículo tercero (3º), del Capítulo II, cuando alude a un persona reconocida como sujeto de derecho, partiendo de la presunción de capacidad de la misma. Pero también, se refleja en el Capítulo IV que expone con especificidad los Derechos de las Personas con discapacidad mental¹⁷, solo para mencionar los más significativos y concordantes con el primer principio seleccionado de la CDPcD se encuentra; el Derecho a la autonomía personal, Derecho al consentimiento informado, Derecho a la identidad, a vivir en comunidad a mantener vínculos familiares y afectivos, entre otros valores fundamentales. Derecho a la toma de decisiones relacionadas con la atención y el tratamiento, y a que éste sea personalizado, en un ambiente apto con resguardo de la privacidad y la libertad de comunicación, y que promueva la integración familiar, laboral y comunitaria.

Es dable hacer un pequeño paréntesis, y señalar como desde la construcción de esta legislación, queda plasmado el proceso de cambio hacia otro paradigma superador, donde se filtra lo viejo con las tendencias nuevas, en pleno acto de aprehensión. En muchas partes de la Ley, se puede leer sobre . . .”personas con padecimiento mental”. Esta terminología, o denominación trae aparejado la historia de la psiquiatría en sus inicios, donde la persona, si bien ya era considerada un sujeto, lo era en carácter padeciente. Este “padecimiento” posiciona a la persona en una situación que le viene de “afuera”, sufre, es pasivo y carece de posibilidades de participación, y por ende de transformación. Lo expuesto, evidencia una contraposición al definir su población objetivo, y a lo concerniente a la proclama de sus

derechos y aplicación. La situación detallada, es fácilmente perceptible en diferentes ámbitos de trabajo, donde conviven los diferentes modelos que acuña cada quien, por lo que respalda la necesidad de una formación continua que garantice la coherencia desde lo teórico y práctico.

Sin embargo, el texto de la Ley, cuando define la SM de las personas de una población, refiere a una multiplicidad de factores que intervienen en ella. Los factores económicos, sociales, políticos, culturales y medioambientales son determinantes de salud que contribuyen u obstaculizan el proceso de desarrollo bio-psico-socio-espiritual de las mismas. Aquí, se observa nuevamente la instancia evolutiva del proceso de cambio de paradigma, donde el acento no está puesto en la enfermedad, en la patología, si no que implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción, de los derechos humanos y sociales de toda persona, en el marco de la vida en Comunidad.

La SM, tal como se ha desarrollado en el presente TFI, abarca una amplia gama de actividades relacionadas con el componente de bienestar, como bien es incluido en la definición de salud de la OMS; “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(OMS, 2014). La ley de SMRA intenta abordar la problemática de una manera más comprensiva y mitigando la discriminación. Usa para ello, toda la trayectoria existente, tanto a nivel nacional como internacional, se estima que podría ser en busca del intento de llenar las carencias normativas existentes hasta el momento. Es aquí, donde se encuentra similitud entre el segundo principio seleccionado de la CDPcD, y la ley nacional al referirse a la *no discriminación*. Esta, además, de referir a la Protección contra la discriminación en general, alude en lo particular a lo concerniente a; “garantizar el acceso a los servicios de salud, el acceso a tratamientos adecuados, no ser discriminada por un diagnóstico, por antecedentes de tratamiento u hospitalización, por status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso, elección o identidad sexual. Invita a brindar información accesible y comprensible acerca de los derechos que puede ejercer con relación al sistema de salud y otros ámbitos de participación, entre otros. Para finalizar, con el tercer y último principio seleccionado la “accesibilidad”, se toma a modo de ejemplo el acceso a la justicia. En torno a ello se puede distinguir el entrelazamiento de los otros principios referenciados anteriormente, pero aquí solo se hará la interpretación siguiendo el principio elegido.

Teniendo en cuenta que la población que contempla es un sector especialmente vulnerable de la sociedad, la promulgación de la Ley de SMRA, parecería considerarse necesaria como herramienta jurídica específica, para proteger los derechos de las mismas. Además y de la misma manera que sucede con la CDPcD, a través de ella se introduce un cambio en la valoración social con relación a la temática de SM. Y como consecuencia, también en la aplicación práctica de protección de derechos, basada fuertemente en los Principios para la protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el mejoramiento de la Salud Mental. También es dable destacar el compromiso internacional asumido por la República Argentina, con relación a las 100 reglas de Brasilia de *acceso a la justicia* de las Personas en condición de vulnerabilidad.

¹⁷ Capítulo IV; Refiere. . .”El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos”.

Cuadro 1. Principios y valores de la CDPcD y la Ley SMRA

Principios y valores de la CDPcD	Principios y valores de la Ley SMRA
El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;	Persona reconocida como Sujeto de Derecho y siempre partiendo de la presunción de la capacidad de la misma. (art. 3) Derecho a la autonomía personal Derecho al consentimiento informado Derecho a la identidad, a vivir en comunidad a mantener vínculos familiares y afectivos, entre otros valores fundamentales. Derecho a la toma de decisiones relacionadas con la atención y el tratamiento, y a que éste sea personalizado, en un ambiente apto con resguardo de la privacidad y la libertad de comunicación, y que promueva la integración familiar, laboral y comunitaria
La no discriminación;	Derecho a la no discriminación Protección contra la discriminación; garantizando el acceso a los servicios de salud, el acceso a tratamientos adecuados, no ser discriminada por un diagnóstico, por antecedentes de tratamiento u hospitalización, Por status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso, elección o identidad sexual, (art. 3) Brindar información accesible y comprensible acerca de los derechos que puede ejercer con relación al sistema de salud y otros ámbitos de participación, entre otros.
La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;	Sustitución de manicomios, colonias, por dispositivos basados en la comunidad Brindar respuestas lo más cercanas posible al lugar de su domicilio; salud, educación, recreación, entre otros. Derecho a no ser sometido a trabajos forzados Derecho a recibir una justa compensación por su tarea (art3. P)
El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;	Conocer y preservar la identidad, los grupos de pertenencia, la genealogía y la historia personal
La igualdad de oportunidades;	Acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a la atención integral de la salud mental, desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en principios de atención primaria de la salud. Recomienda la internación de las personas, como un recurso terapéutico a utilizarse solo en situaciones excepcionales y en hospitales generales. Derecho a estar acompañado por familiares, afectos o cualquier allegado a quien se designe, durante todo el período de tratamiento Derecho a la intimidad Derecho a vivir en comunidad Derecho a la información Igual reconocimiento como persona ante la ley
La accesibilidad;	Recibir <u>información</u> adecuada y comprensible —a través de los medios y tecnologías que sean necesarias— acerca del estado de salud, el tratamiento, y las alternativas de atención. Que la información sea brindada a familiares o representantes legales de la persona, en caso de que ésta tenga dificultades de comprenderla Acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a la atención integral de la <u>salud en general y salud mental</u> Acceso a los Servicios y efectores de salud públicos y privados Consultas ambulatorias servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada, apoyos, servicios prestacionales como hospital de día, hogares, entre otros. <u>Trabajo, educación, vivienda, participación ciudadana, justicia, entre otros</u>
La igualdad entre el hombre y la mujer;	
El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.	Conocer y preservar la identidad, los grupos de pertenencia, la genealogía y la historia personal

Fuente: Elaboración propia basado en ambas normativas

Estas, tienen por objetivo garantizar las condiciones de acceso efectivo a la justicia de las personas, *sin discriminación* alguna, englobando el conjunto de políticas, medidas, facilidades y apoyos que permitan el pleno goce de los servicios del sistema judicial. Estas reglas, constituyen nuevas formas de subjetividad, poniendo al descubierto la discriminación, la fragmentación y la marginalidad. Los principios reconocen el *derecho de las personas a participar en la adopción de decisiones* sobre sus tratamientos y a tomar decisiones básicas sobre sus propias vidas. Se busca abandonar el modelo de protección establecido por la sustitución y tutela. En correspondencia con las obligaciones contraídas, tal como se mencionara en los párrafos iniciales del presente capítulo, se trabajó fuertemente para modificar el Código Civil en nuestro país. Este nuevo Código entre otros temas, incorpora un capítulo inexistente hasta ahora, dedicado a los derechos personalísimos, que abundan en los tratados

internacionales de derechos humanos que integran el bloque de la constitucionalidad federal. Ante la demanda y necesidad de dar respuesta a estos temas, situaciones personales relevantes sentaron jurisprudencia a partir de la resolución de casos en el quehacer diario¹⁸. Ella, ha facilitado el proceso de empoderamiento de los conceptos trascendentes en la materia; sobre el reconocimiento de la capacidad jurídica, civil, de ejercicio de las personas, entre los más destacados. Con el fin, de abandonar definitivamente la estigmatización desde lo normativo, del discurso medico-jurídico de incapacidad. No obstante, esta Ley brinda un marco, una base, pero se vislumbra la necesidad de implementar

18 Solo por citar un ejemplo en materia de insania y curatela, un fallo del Tribunal de Familia N°1 de Mar del Plata, dictado en el mes de diciembre de 2009 por la magistrada María Graciela Iglesias (Asesora de Incapaces: Dra. Silvia Fernández), rechaza la solicitud de insania y curatela, cuya finalidad era obtener el beneficio previsional dispuesto por la ley 10205 ("L. A.A.L. s/Insania").

políticas públicas coordinadas. Y en marco a ellas, debería considerarse la disposición de una adecuada formación de los actores relevantes.

6. Conclusiones

El escenario sobre el cual se dictamina la Ley de SMRA, tiene su asidero en un momento histórico y político del país propicio, tomando las necesidades y demandas de diversos actores de la sociedad que respalda y participa de las experiencias de inclusión social. Y por consecuencia, los cambios que se promueven pueden ser comprendidos y asumidos por el conjunto de los ciudadanos. La normativa refleja una realidad que está cambiando, que los paradigmas anteriores no alcanzan, y que es necesario un lineamiento práctico y legal que oriente en las acciones que se requiere. Muestra de ello, son la modificación realizada en el Código Civil, la disposición de brindar información adecuada a las personas, la implementación del consentimiento informado donde se incorpora la decisión y respeto por la autonomía, el abordaje desde un equipo interdisciplinario, donde se considera integralmente a la persona desde un enfoque bio psico social, la democratización de los saberes en los equipos a la hora de fundamentar e indicar una internación, o conducir equipos o una institución, los sistemas de apoyos, entre otros contenidos relevantes. Ahora bien, para poder llevar a delante las transformaciones descriptas es indispensable del acompañamiento de toda la comunidad, además del sostenimiento y ejecución

de políticas públicas coordinadas. La sanción de la Ley, sin lugar a dudas, era una deuda, y un instrumento necesario, pero no exclusivo, ya que se necesita y se requiere mucho más, para dar respuestas concretas a las necesidades de la población en su conjunto. Es necesario acompañar en la concientización e incorporación de este nuevo enfoque, para que la retórica acompañe las prácticas, para que éstas tengan como sustento tangible los valores y principios que se proclaman. La ley de SMRA, en líneas generales, desde la construcción teórica, se ajusta a los parámetros de la CDPcD. Todo aquel, que acceda a la lectura de ambas, puede inferir que hay mucho por hacer. En primera instancia formación: a los que dirigen instituciones, a los equipos, a todos los actores involucrados. En segunda instancia, actualización de modalidades de abordaje de atención y sus dispositivos. Ello, implica una verdadera integración y aprehensión del enfoque vigente, acompañada en simultáneo con el reajuste necesario desde las disposiciones legales. En tercera instancia, asistir y contener a la comunidad en esta nueva modalidad. En cuarta instancia, disponer de recursos para llevar adelante esta política. (Recurso humano, económico, científico, entre otros).

Para concluir, se percibe un gran desafío por delante, mucha tarea por realizar, en el cual estamos todos, como ciudadanos, llamados a comprometernos. De nosotros dependerá, si esta herramienta jurídica queda como una mera alocución de valores y principios. O si realmente decidimos ser protagonistas responsables de este cambio, con contenidos sustentables.

Referencias Bibliográficas

- Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General, Res. 217 A (III). 1948
- Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1982. (*Esta resolución figura en el documento A/37/51, Documentos Oficiales de la Asamblea General, trigésimo séptimo período de sesiones, Suplemento No. 51). <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswps00.htm>
- Convención Americana sobre Derechos Humanos. OEA. 1969. La Argentina ratificó esta Convención el 05 de septiembre de 1984.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. ONU. 1966. Doc. A/6316. La Argentina lo ratifica el 08 de noviembre de 1986
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU. 1976. entra en vigor, ONU. Doc. A/6316. La Argentina lo ratifica el 08 de noviembre de 1986
- Declaración de Caracas. reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 1990
- Principios para la protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el mejoramiento de la Salud Mental. ONU, 1991.
- Normas Uniformes sobre la igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Asamblea General de las Naciones Unidas, cuadragésimo octavo período de sesiones, Resolución 46/1996. 1993 y publicada en el documento A Res 48/96, de marzo de 1994.
- Diez Principios básicos de las Normas de Atención de la Salud Mental. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS), 1996.
- Convención Interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las Personas con Discapacidad. 1999 entra en vigor en septiembre de 2001. La Argentina la ratifica en el 2001 y la incorpora al derecho interno bajo la ley nro. 25280
- Resolución 56/168. 56 Asamblea General de las Naciones Unidas. 200. la resolución 56/168, que establece la creación del Comité Especial para las Negociaciones y formulación de la Convención de los Derechos de las PcD
- Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental, 2001
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 54 Asamblea Mundial de la Salud (OMS). 2001 aprueba esta nueva Clasificación.
- Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 2004
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Protocolo Facultativo (ONU). Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/ RES/61/106. 2006
- La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, 2007.
- La República Argentina, ratifica la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (ONU), por el Honorable Congreso de la Nación, mediante Ley N° 26.378/2008.
- Reglas de Acceso a la Justicia de las Personas en condición de Vulnerabilidad, aprobadas en el marco de la XVI cumbre judicial iberoamericana, Brasilia. 2008.
- Informe Mundial sobre la Discapacidad, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- Decreto 806/2011. Establécese que la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas pasará a denominarse Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad. Créase el Observatorio de la Discapacidad.
- Resolución WHA65.4. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. 65.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución sobre Salud Mental. 2012. Código Civil y Comercial de la Nación, Aprobado por ley 26.994/14. Promulgado según decreto 1795/2014.
- La República Argentina bajo la Ley N° 27.044/14, otorga jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Abramovich y Pautassi. La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos, Editores del Puerto, Buenos Aires. 2009.
- C.H Acuña y L. Bulit Goñi. Políticas sobre la discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos. Ed. Buenos Aires, siglo XXI. 2010
- Di Nanno, Antonio Eduardo. Hacia la construcción de una Política en Salud Mental. Rescatar la Historia, destacar los logros del federalismo, fortalecer la institucionalidad. Revista Argentina de Clínica Psicológica XVII. Fundación AIGLE. 2008
- Kant, Immanuel. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. México, Porrúa. 1996.
- Vasak, Karel. «Human Rights: A Thirty-Year Struggle: the Sustained Efforts to give Force of law to the Universal Declaration of Human Rights», UNESCO Courier 30:11, Paris: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, November 1977.
- Veronelli, J.C., Veronelli Correch, M. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina. 1er edición, Buenos Aires OPS/OMS, 2004.