



Diciembre 2019 - ISSN: 2254-7630

## LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657: SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS Y LOS DERECHOS DE FAMILIA

**Rosa Amira Mendoza Loor<sup>1</sup>**,  
Especialista en Derecho de Familia  
roammelloor@hotmail.com

**Félix Gabriel Rodríguez Zambrano<sup>2</sup>**,  
Unidad de Educación especial Angélica Flores Zambrano  
psic.felixrodriguez@gmail.com

**Arturo Damián Rodríguez Zambrano<sup>3</sup>**,  
Carrera de Educación Especial de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí  
arturo.rodriguez30@gmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Rosa Amira Mendoza Loor, Félix Gabriel Rodríguez Zambrano y Arturo Damián Rodríguez Zambrano (2019): "Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: sobre los derechos humanos y los derechos de familia", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (diciembre 2019). En línea: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/12/ley-nacional-saludmental.html>

### RESUMEN

Las personas con discapacidad mental y/o psicosocial, han sido históricamente sujetos de discriminación y vulneración de derechos en los ámbitos jurídicos, social, personal y familiar. En Argentina uno de cada tres personas presenta un problema de Salud Mental a partir de los 20 años. Argentina se convirtió en ejemplo a nivel mundial, referente de leyes para el trato de personas con sufrimiento o padecimiento mental, término usado por primera vez por el país para primero, reconocer a las personas con y en sus derechos, y segundo, despatologizar los padecimientos mentales, en un sentido que permita alternar los tratamientos, tomando en cuenta todas las opciones psico-terapéuticas posibles, más allá del uso exclusivo y posible abuso de psicofármacos y exigiendo a los servicios una respuesta interdisciplinaria. La ley 26.657, contribuye a un debate que estuvo pendiente en Argentina, país que es pionero en temas de salud mental desde varias décadas.

**PALABRAS CLAVE:** Ley Nacional de Salud Mental de Argentina, derechos humanos de Argentina, derechos de familia en Argentina

### ABSTRACT

People with mental and / or psychosocial disabilities have historically been subject to discrimination and violation of rights in the legal, social, personal and family spheres. In Argentina, one out of three people have a Mental Health problem after the age of 20. Argentina became a worldwide example, referring to laws for the treatment of people with mental suffering, term used for the first time by the country to recognize people with and in their rights, and second, to depathologize mental illnesses, in a sense that allows to alternate treatments, taking into account all possible psycho-therapeutic

<sup>1</sup> Abogada y Especialista en Derecho de Familia.

<sup>2</sup> Magíster en Psicología Clínica y responsable del departamento de consejería estudiantil de la Unidad de Educación especial Angélica Flores Zambrano.

<sup>3</sup> Magíster en Educación Superior: Investigación e Innovación Pedagógica, Docente de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

options, more beyond the exclusive use and possible abuse of psychotropic drugs and demanding an interdisciplinary response from the services. Law 26,657, contributes to a debate that was pending in Argentina, a country that has been a pioneer in mental health issues for several decades.

**KEYWORDS:** National mental health law of Argentina, Human rights of Argentina, Family rights in Argentina

## **INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud indican que, los trastornos mentales están dentro de las cinco primeras causas de enfermedad en América; entre estas enfermedades consta el alcohol y la depresión como los más frecuentes, indicando que los padecimientos mentales no son poco frecuentes como se piensa.

En Argentina uno de cada tres personas presenta un problema de Salud Mental a partir de los 20 años. La ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y problemas de consumo de sustancia ocupan el primer lugar entre los padecimientos de la población argentina. La política de salud mental estuvo encerrada y sin vinculación con la política de salud ni otras políticas sociales (Pan American Health Organization, 2013).

Las personas con discapacidad mental y/o psicosocial, han sido históricamente sujetos de discriminación y vulneración de derechos en los ámbitos jurídicos, social, personal y familiar. A parte de la estigmatización, el temor y la falta de información, fue justificativo de la exclusión social, la devaluación y el temor de los que han sido víctimas los tradicionalmente enfermos mentales, ahora reconocidas como personas con un sufrimiento mental.

Luego de un gran debate entre muchos referentes del campo de la salud mental y de los derechos humanos a nivel nacional e internacional, así como autoridades, asociaciones, jueces, docentes e investigadores universitarios, el 25 de noviembre de 2010 fue aceptada la Ley Nacional de Salud Mental N.º 25567. Esta ley tiene como marco de referencia principal, la humanización del sujeto y la garantía de sus derechos, cuestión históricamente silenciada. En palabras de Laufer (2017)

En el campo de la salud mental, no ha sido frecuente que los actores judiciales se pregunten por qué una persona internada contra su voluntad gozaba de pocas garantías, o por qué no podía acceder fácilmente a un abogado o, simplemente, por qué cuando la persona quería señalar su disconformidad con las condiciones en que debía transitar una internación, o

cuando quería exteriorizar su intención de ser externada, su voz no era escuchada con la importancia que merece todo reclamo de respeto de los derechos humanos (pp. 20).

En ese sentido, en su Artículo 1, la ley nacional de Argentina ha determinado como objetivo fundamental lograr la garantía en cuanto a los derechos humanos y la protección de la salud mental a los ciudadanos, sin que esto vaya en detrimento o en contraposición de ninguna de las leyes institucionales del país (Presidencia de la Nación, 2010).

El avance que significa contar con una Ley de Salud Mental que detenta una conceptualización holística del sufrimiento mental. Sin lugar a dudas, puede observarse que en su espíritu la ley pretende proteger los derechos humanos de los pacientes y es un hecho trascendente en América Latina, al incorporarse principios internacionales de derechos humanos (Pérez, 2016) es perspectiva con una postura judicial que ya no es punitiva, sino de cuidado (Carballeda, 2017).

Se funda en los principios internacionales de políticas públicas con enfoque de derecho a fin de garantizar los derechos de las personas con sufrimiento psíquico que son las personas que están dentro de la atención en el sistema de salud mental o presentan crisis que requieren asistencias del mismo (Stolkiner, 2017).

## **DESARROLLO**

### **Antecedentes históricos de salud mental y el derecho humano de las personas con padecimientos mentales en Argentina.**

El inicio de la ley en realidad tiene una historia larga con experiencias alternativas que empiezan en los 60's y 70's con movimientos locales e internacionales que cuestionaban las prácticas tradicionales, innovando otras y una crítica a los estilos de internamiento manicomiales, a la vez que se reestructuraban en otros países (Stolkiner, 2017).

Toda discapacidad mental o psicosocial produce, como regla, una situación de vulnerabilidad personal, social y jurídica, lo que conlleva una fuerte afectación de la dignidad humana (Kraut & Diana, 2013). Hasta antes de la ley la legislación argentina no protegía a este sector vulnerable, debido a algunos vacíos legales en la gestión del internamiento, el que era engorrosos y muy complicado, sobre todo para la externalización en los hospitales monovalentes o psiquiátricos, que hicieron parte del sistema de atención. A este hecho, hay que sumarle la falta de criterios científicos para justificar el mismo internamiento.

En relación al derecho, la anulación del sujeto de derecho, la privación de libertad y la falta de consentimiento del paciente sobre su condición hizo del 'tratamiento' de salud mental un hecho violento, arbitrario, de aislamiento más que de rehabilitación social. Solo el campo de la salud mental tenía la posibilidad de retener a las personas sin su conocimiento.

Era el juez quien decidía el internamiento del paciente, sin conocer más hechos que los antecedentes que lo llevaron a consulta, lo que no garantizaba que sea realmente necesario el internamiento a largo plazo; el proceso solía ser tan engorroso que, para cuando llegaba la orden de internamiento, el paciente se había restablecido ya, luego, su externalización podía durar hasta años (Carballeda, 2017).

Históricamente, varios sectores especializados han levantado su voz para lograr un cambio del paradigma, tomando la posta de los derechos humanos presente en diferentes legislaciones: Declaración de Caracas (de Caracas, 1990), Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (ONU, 1991), Declaración de Brasilia (Flores & González, 2009) y los fallos de la Corte Suprema de la Nación a favor de un sistema que regule, de forma jurídica, la vida de los pacientes.

Antes de la Declaración de Caracas, ningún país latinoamericano contaba con una legislación planes o políticas de salud mental que traten sobre los derechos de los individuos con discapacidad que les permitiera, a ellos y sus familiares, contar con adecuados mecanismos legales del derecho internacional y regional. Así, se insta a usuarios y a su familia a ser partícipes de la protección de sus derechos (Vásquez & de Salud, 2004). En el documento, un gran aporte lo constituyen las definiciones de los conceptos: a) defensor, b) autoridad independiente, c) atención de la salud mental, d) institución psiquiátrica, e) profesional de salud mental, f) paciente y g) representante personal y h) el órgano de revisión.

A pesar de que en el mundo existe un conjunto de principios de respeto a la persona en general y al paciente mental en particular como marco para evitar cualquier tipo de violencia sobre el individuo, no se habían establecido adecuadamente en el país. El principal problema radica en que dichos principios, frecuentemente se quedan, precisamente, en el nivel de principios, sin llegar al nivel de regla (Flores & González, 2009).

Argentina se convirtió en ejemplo a nivel mundial, referente de leyes para el trato de *personas con sufrimiento o padecimiento mental*. Término usado por primera vez por el país para primero,

reconocer a las personas con y en sus derechos, y segundo, despatologizar los padecimientos mentales, en un sentido que permita alternar los tratamientos, tomando en cuenta todas las opciones psico-terapéuticas posibles, más allá del uso exclusivo y posible abuso de psicofármacos y exigiendo a los servicios una respuesta interdisciplinaria.

Un tercer aspecto, es el cambio del criterio de peligrosidad por la el concepto *situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros*. Este, también vino a modificar la concepción de la capacidad jurídica del paciente basado en su salud mental. No hay que olvidar que jurídicamente la persona queda fuera del sistema legal cuando es institucionalizado, en otras palabras, sin tratamiento el hospital es un penal.

Existen antecedentes que confirman las arbitrariedades, ilegalidades, violencia relacionadas con la internación que han sido denunciadas y cuestionadas. En el país se contaba con 42 nosocomios para el internamiento con diferentes características, pero todas con un aislamiento tradicional que hasta hace poco se sabe aún contaba con una población de pacientes crónicos (Kraut & Diana, 2013).

En este contexto, aparece la Ley 26.657 o Ley Nacional de Salud Mental, en diciembre del 2010, elaborada por el diputado Leonardo Gorbacz, que vino a cuestionar el paradigma y mirada que se le daba a la persona con una situación de sufrimiento mental, reconociendo en primera instancia, los derechos fundamentales las mismas, que eran vulnerados de manera reiterada. Tal situación introdujo cambios conceptuales y operacionales en la salud del país. A partir de ello, se hizo una revisión de las prácticas y concepciones que determinaban las atenciones.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (Naciones Unidas, 2006) obliga al país adecuar su legislación conforme sus directrices enfocándose en un modelo social de la discapacidad reconociendo en los artículos 3, 10, 15, 16, 17, 25, 26 los principios de legalidad, inclusión, no discriminación y ciudadanía de las personas con discapacidad mental; con mira a un acceso efectivo a sus derechos y los derechos fundamentales, en especial, el derecho a la igualdad y no discriminación, a la dignidad, a la vida, a la salud, a la libertad personal, a la identidad, la imagen, la intimidad, derechos sexuales y reproductivos.

Como tal, los criterios para la internación cuando ésta ha de hacerse realizarse en contra la voluntad del paciente tienen un nuevo Matiz al dejar denominar las causas como peligrosidad y

cambiar la denominación por riesgo cierto e inminente para sí mismo o terceros criterios que fue rescatado de las legislaciones de la ciudad de Buenos Aires y de Córdoba.

Por tanto, también se requirió prohibir la creación de hospitales monovalentes y la sustitución de los ya existentes con un régimen de internación como recurso excepcional que también se concibe como un modelo de tratamiento ambulatorio o puertas abiertas poniendo énfasis en la rehabilitación psicosocial de los y las pacientes con un sufrimiento mental.

Al referirse a estas legislaciones, podemos encontrar que hay distintos matices respecto al consentimiento informado, puesto que en algunos casos se le reconocía el derecho a recibir información, mientras que en otros casos se ponía una delimitación específica de las acciones, a fin de proteger el derecho de consentir, ahora existe una legislación formal a todos los niveles de atención en salud mental.

La ley, como tal establece que en todo tipo de intervenciones deberá tenerse el consentimiento informado del paciente. Este criterio está presente en la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) y es un pilar fundamental para el acceso y ejercicio de los derechos de este colectivo puesto que respeta los principios de autonomía y la libertad para tomar las propias decisiones.

La ley 26657 y el Código Civil y Comercial, parten de la presunción de que las personas son capaces de tomar decisiones y en el caso de la última, señala el mismo espíritu de la Convención de Derecho de las Personas con Discapacidad al indicar que la persona es capaz de decidir aun cuando se encuentre atravesando una situación de internamiento por motivos de salud mental (Naciones Unidas, 2006). Aunque ha de señalarse que la autonomía la competencia la capacidad de discernimiento son relativas a diferentes contextos.

El reglamento de dicha ley aparece de forma tardía en mayo de 2013, debido a él arduo proceso que significó escuchar a los distintos actores sociales vinculados con la salud mental entre ellos familiares, profesionales médicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la rama de la salud y el bienestar. Formaron un Órgano de Revisión conformado por el Ministerio de Salud, secretaria de DDHH, Ministerio Público de la Defensa, Usuarios y familiares, Profesionales y otros trabajadores y organizaciones de DDHH.

La intersectorialidad resalta en el reglamento la participación de 12 instituciones responsables, siete ministeriales (República Argentina, 2013):

- Ministerio de Salud – Autoridad de aplicación
- Ministerio de Desarrollo – Inclusión social
- Ministerio de Trabajo – Inclusión social y Fiscalización
- Ministerio de Educación – Prevención y Formación de grado en universidades
- Ministerio del Interior – Identificación y DNI
- Ministerio de Planificación – adaptaciones edilicias
- Ministerio de Seguridad – protocolos de urgencia
- Secretaria de Derechos Humanos – Protocolos de fiscalización e investigación
- Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual (AFSCA) y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) – Políticas antidiscriminatorias
- Superintendencia – Adaptación Prepagos y OOSS
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina INDEC – Colabora en censos.

Se conforma una Comisión Nacional Interministerial, para fungir como consejo, dependiente de la Jefatura de Gabinete, presidida por el Ministerio de Salud y conformada por otros ministerios (Desarrollo, Trabajo, Educación); su objetivo es coordinar planes de prevención y planes de inclusión sociolaboral.

El Órgano de Revisión dependiente y precedido por la Defensoría General de la Nación en conjunto con ministerio y sectores sociales tienen por función controlar la aplicación de la ley y en particular las internaciones involuntarias, sobre todo si estas sobrepasan los 90 días y controlar derivaciones fuera del ámbito comunitario. A su vez, se encarga de realizar las denuncias de casos, pedir la intervención de Defensa, realizar informe anual a Salud, proteger a las personas en procesos de cuestionamiento de capacidad jurídica y apoyar a otras provincias.

En 2015, el Órgano de Revisión de Salud Mental (ORN) entrega un informe revela que el 80% del presupuesto porteño para la salud mental refuerza el sistema de manicomio (Telam.com.ar, 2015) como respuesta el gobierno de Macri, solicitó a la justicia impedir el funcionamiento del Órgano de Revisión de Salud Mental, en todas las instituciones tanto públicas como privadas (TV Pública Argentina, 2015).

Desde 2017, hemos sido testigos de varios intentos para modificar la ley haciendo un retroceso justificándolo en argumentos presupuestarios. Con la modificación, se introduce nuevamente la necesidad del diagnóstico psicopatológico, reestableciendo la hegemonía psiquiátrica, convirtiendo a los hospitales nuevamente en lugares de capturas. Además, se vuelve a separar el campo de las toxicomanías en otro eje jurídico que se procede nuevamente al internamiento.

### **¿Qué es la salud mental?**

La salud mental es importante, en tanto, nos permite enfrentar problemas de la vida, trabajar de forma productiva, mantener salud física, mantener relaciones sanas, aportar a la comunidad, alcanzar el potencial, etcétera (MedlinePlus, 2018).

La Organización Mundial de la Salud ha informado que el padecimiento mental es un problema común y que suele iniciar a la edad de 20 años. Según su estadística, 1 de cada 4 individuos padece un trastorno mental en el mundo. A pesar de esto, solamente dos terceras partes de la población con este tipo de padecimientos tiene algún tipo de atención en profesional en hospitales o clínicas psiquiátricas.

La Organización Mundial de la Salud, OMS (2017) ha definido de manera categórica a la salud mental como un estado de bienestar integral, donde confluye el bienestar físico, mental y social, donde no prima únicamente solamente la ausencia de enfermedades y padecimientos. Por su lado (MedlinePlus, 2018), explica que la salud mental es una expresión integral que incluye bienestar emocional, psicológico y social. Dependiendo de este bienestar, las personas pensamos, sentimos y actuamos frente a las diferentes circunstancias de la vida; manejar el estrés, relacionarse con otros, y tomar decisiones. Agrega que mantener la salud mental es fundamental en todas y cada uno de las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la adultez. En la Declaración de Caracas se entiende por *atención de la salud mental* al análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta (de Caracas, 1990).

Con coincidencias y contradicciones, existen varias miradas y definiciones de la salud mental. La Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental (2014) propone una visión basada en la experiencia, propone ver a la salud mental como:

- Mas allá de una meta un camino, una actitud empoderada por las ganas de sentirse mejor, haciendo frente de nuestras dificultades.
- La capacidad de gestionar los pensamientos para evitar autoinfligirse daño y poder disfrutar de la vida.
- Poder compartir la nuestra vida con otras personas a sabiendas de que no se puede crecer solos,
- Saber escuchar a los demás, ser empáticos con su dolor y estar a su lado.

### **La salud como derecho**

La declaración de los derechos humanos (Humanos, D, 2016) busca proteger a todas las personas sin distinción alguna. Como tal, las personas con algún tipo de padecimiento mental se encuentran protegidas, además, por un gran número de normativas, incluida la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad (González, 2002).

Desde su portal web, la OMS (2017) insta a los estados en garantizar todas las libertades y los derechos humanos de sus conciudadanos. Para la organización, esto no solo incluye la salud del cuerpo, sino cada uno de los componentes que complementan la integralidad de la vida humana, el acceso a servicios sanitarias adecuadas, así como la promoción de condiciones socioeconómicas. Loables a la salud, tales como el agua, la alimentación, el trabajo seguro, la vivienda. De la misma forma, los gobiernos deben garantizar las libertad sexual y reproductiva, la eliminación y prohibición de la tortura, la experimentación o tratamiento médico no consentido (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2017).

El derecho a la salud es el derecho humano a gozar sin distinción alguna, del más alto nivel de salud que permita a cada persona vivir dignamente (Codevida, 2017). El derecho a la salud obliga a los estados a:

1. Considerar y desarrollar políticas nacionales en el ámbito de la salud, con sus respectivos derivados: planes para el cumplimiento cabal de los derechos a la salud, así como la prevención y tratamiento contra la propagación de enfermedades.

2. Asegurar en el territorio de su jurisdicción, las condiciones adecuadas para que todos cuenten con asistencia en caso de enfermedad mental y con sus respectivos servicios médicos apropiados.
3. Entregar una atención primaria de la salud. En otras palabras, poner al alcance de todos los individuos de la familia y de la comunidad una asistencia sanitaria con accesos a medicamentos esenciales.
4. Asegurar que los proveedores de servicios de salud, llamasen doctores, especialistas, enfermeros y otros profesionales, cuenten con las competencias necesarias de educación, experiencia y ética.

En resumen, el derecho a la salud se debe caracterizar por la disponibilidad, la accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Red-DESC, s/f) (Humanium, 2019).

### **Los cambios acaecidos por la nueva ley de Salud mental en Argentina.**

Después de años de firme discusión acerca de la conducta, el procedimiento, cobró relevancia la dimensión del enfermo y el ejercicio de los derechos de salud de las personas que padecen sufrimientos mentales en Argentina. La moción de ley la de salud mental fue protagonizada por Leonardo Gorbacz, experto en salud mental.

Carpintero (2011), ha considerado cuatro conceptos centrales en la discusión de la concepción psiquiátrica para el tratamiento del padecimiento subjetivo.

*Gráfico 1 Temas centrales para la discusión legal del padecimiento subjetivo*



*Fuente: Carpintero (2011); Elaboración propia*

Pese a que es bien conocido que el encierro y aislamiento provocan pérdida de las habilidades sociales generan dependencia y no permiten el ejercicio de los Derechos Humanos. Los padecimientos mentales son reversibles con un tratamiento que debe integrar a la persona en la

comunidad, sin utilizar para el mismo intervenciones violentas o peligrosas y que se le debe dar la misma importancia que a la salud física.

Es visible un cambio en el paradigma en la relación profesional pacientes en el que se fortalece la autonomía la competencia y la capacidad para tomar decisiones sobre su propia salud ante padecimientos mentales. Los primeros antecedentes de este cambio legislativo se encuentran en la ley 17132 sobre las Reglas para el Ejercicio de la Medicina Odontología y Actividad de Colaboración de las mismas de 1967 en cuyo artículo 19, inciso 3, señala la obligación de médicos de respetar la voluntad del paciente salvo que el paciente se encuentre: a) en estado de inconsciencia, b) presente un cuadro de alienación mental, c) en un caso de lesión grave por causa de accidente, tentativa de suicidio o de delitos. En caso de incapacidad, se solicitará conformidad a su representante.

En 2008, Argentina, bajo la ley 26.378 aprobó la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (CDPCD) ubicando un estándar actual sobre los derechos de personas con discapacidad. En 2009, aparece la Ley 26.529, sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud, modificada posteriormente por la ley 26.742/2). Para 2010, aparece la Ley Nacional sobre Salud Mental (ley 26.657) y en 2015, entró en vigencia el Código Civil y Comercial (CCyC).

La aportación que brinda esta organización no sólo para el tratamiento de atención sino la debida información a la ciudadanía es importante. Pero la ley aquí mencionada hace un avance en la forma en la que se denomina a los pacientes y al mismo tiempo se alinea para promover las ideas expuestas. Argentina es pionero en el mundo respecto a una legislación con estas características. A partir de la aprobación de la ley, las provincias debieron ajustarse a ella para poder articular un sistema de salud mental con una atención igualitaria a todo ciudadano argentino.

Las personas con padecimiento mental serían tratadas en hospitales generales y no en instituciones psiquiátricas procurando que la internación sea breve y notificada al juez en caso de ser necesaria. No se hace uso de hospitales monovalentes. La internación sólo es posible con la voluntad de la persona y sólo hacerse en contra la misma si es que el equipo de salud determina que hay una situación de riesgo cierto y cercano para él o terceros.

Además, es necesario que en esta internación no haya otra posibilidad más eficaz para el tratamiento. En un lapso no mayor a 10 horas posteriores a la internación, el juez debe haber sido notificado – y debe pedir informes como máximo cada treinta días – igual que el órgano de revisión.

La persona internada tiene derecho a que un abogado lo represente, si considera que su internamiento fue en contra de su voluntad. No puede negarse la visita de sus familiares; lo que incluye acceso a telefonía gratuita. Además, puede salir cuando así lo desee, en tanto no exista una situación de riesgo cierto o cercano. Las personas con padecimiento mental incluyen a personas con uso problemático de sustancias. Los derechos de las personas con padecimiento mental incluyen:

- Ser atendido en el hospital general. El hospital no puede rechazarlo brindar la atención a costo de considerarse un acto discriminatorio si el paciente presenta un problema de salud mental.
- Recibir una alternativa terapéutica que limite lo menos posible sus derechos y libertades Y que colabore con la integración familiar laboral y comunitaria.
- Ser acompañado antes durante y luego del tratamiento por sus familiares.
- A tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
- No ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin su consentimiento.
- A que nunca consideren su padecimiento mental con un estado que no se puede modificar.

Uno de los puntos claves de la ley es el nuevo régimen de control de las internaciones que sustituyó al texto anterior del artículo 482 del Código Civil y de Comercio y en la ley 22914 derogada. Pero también, la ley redefine la terminología utilizando los términos padecimiento o sufrimiento para sustituir términos como enfermedad o trastorno mental, términos usados de manera común, sobre todo en el campo psiquiátrico, en un intento por estudiar los hechos psicológicos como un devenir de lo físico, atravesado por un paradigma positivismo biológico.

Según los expertos, la línea que va de la salud a la enfermedad en lo mental, es continua y está atravesada por aspectos de la vida cotidiana. No se niega la existencia de enfermedades, pero lo central aquí fue introducir el concepto de persona para reconocer sus derechos antes que cualquier enfermedad, trastorno o padecimiento.

El término o concepto padecimiento o sufrimiento, pone como eje de trabajo lo subjetivo, es decir, lo que las personas sienten más allá de las clasificaciones que un profesional clínico pueda observar sobre determinados modelos de normalidad y patología. El concepto de enfermos mentales o enfermedad mental vendría acompañado por significados estigmatizantes (Gorbacz, 2012).

No se pretendió dejar de lado o negar la existencia de diagnósticos ni aprovechar su utilidad clínica, más bien, representó sumar en el ejercicio de derecho al no dejar tras un diagnóstico psicopatológico, bloqueando el ejercicio de derechos, lo mismo que no permitir que ningún tipo de terapéutica eluda a los mismos en el paciente.

Como ya sé explico antes, el control judicial de las internaciones cambio a partir de la aparición de la Ley Nacional de Salud Mental. Con el supuesto de presunción de peligrosidad, se justificaba que los jueces en nombre de la seguridad pública se ocuparán de decidir la internación y posteriormente protección de los derechos de las personas.

A partir de la ley, el poder judicial quedó circunscrito a proteger los derechos de la persona evitando internaciones involuntarias innecesarias. Con la única excepción de los casos en el que un equipo de salud indica la necesidad de realizar el internamiento para lo cual el juez ha de ordenar a los responsables de la cobertura sanitaria a que cumplan el tratamiento recomendado.

Desde estas nuevas miradas, el equipo interdisciplinario es repensado desde distintas posibilidades de intervención y es un campo que no es exclusivo para ninguna disciplina en especial, sino que es una intervención que se construye en una participación democrática, siempre que el profesional esté acreditado por las autoridades competentes, en este caso en las entidades de Educación y salud locales.

La constitución de estos equipos tiene el potencial de adaptarse según las realidades regionales e incluso los objetivos de cada dispositivo. Por ejemplo, existen aparte de servicios de salud mental, centros de día, centros de día para adicciones, cooperativas de trabajo, talleres protegidos, servicios con integración social, atención en cárceles etcétera.

Es incluso que el artículo 13 de la ley tratada aquí, señala que los cargos de conducción pueden ser asumidos por cualquier profesional con título de grado, debiendo únicamente valorarse el que sea idóneo para el cargo y que haya adquirido las competencias para integrar los diferentes saberes del campo de la salud mental.

La ley establece que la salud mental no está determinada exclusivamente por situaciones biológicas, sino que es un proceso en el que interaccionan componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos (García, 2009). Desde esta nueva definición es posible transversalizar distintas formas de tratamiento más allá del psicofarmacológico.

Del uso de medicación se dispone en el art. 12 que debe de responder a las necesidades fundamentales de las personas con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo. Desde esta regulación se convierten en responsables no sólo los médicos, sino al personal de todo el equipo de salud; incluso, las prescripciones cambian su modalidad al tener que renovarse, solo bajo la evaluación del profesional pertinente, además, se suma o promueve que los tratamientos psicofarmacológicos sean parte de abordajes interdisciplinarios y no exclusivo del mismo, es decir, se pretende que aparte del tratamiento con psicofármacos, se viabilice un trabajo sobre el contexto psicosocial que esté relacionado con la aparición de síntomas del paciente.

### **Ley de salud mental y los derechos humanos alrededor del mundo.**

La Ley de Salud Mental se sustenta en documentos e instrumentos internacionales para la orientación y para la planificación de políticas públicas, como lo indica el artículo 2 de la misma ley:

- Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991.
- Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y
- Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990.

En el Manual de Recursos de la OMS (2006) sobre Salud Mental se exponen los derechos de los usuarios de servicios de salud mental. A continuación (Tabla 1), se expresa en qué artículos de la ley 26657 se encuentran plasmados:

Tabla 1 Los derechos plasmados en la Ley 26657 y recomendados por la OMS sobre la Salud Mental

Organización Mundial de la Salud	Ley 26657
Confidencialidad	Art. 7, Literal i <sup>4</sup>
Acceso a la información	Art. 7, literal J, Art.10, sobre el consentimiento informado; Art. 23, sobre la internación voluntaria
Ambiente y ser protegidos de los tratos crueles, inhumanos o degradantes	Art.7, lit. o, sobre derecho a no ser forzado; Art. 29, sobre el trato dentro de las instituciones; Art 43, prohibición de privación de libertad.
Privacidad	Art. 7, literal, L, sobre el trato digno
Comunicación	Art. 7; literal j, sobre el derecho a conocer sus derechos; Art. 14, sobre la internación;
Trabajo	Art. 7, literal p, sobre la remuneración justa; Art. 36, sobre la inserción laboral;
Información sobre derechos	Art. 7, literal j, sobre el derecho a conocer sus derechos

### **Innovaciones, alcances, limitaciones, críticas, logros y fracasos de la ley de salud mental.**

Las innovaciones devenidas de la ley incluyen el que, respecto a la interdisciplina, los profesionales miembros de los equipos son parte de las decisiones, así como, todos, sin distinción, pueden ocupar el cargo de gestión y dirección de servicios; habiendo demostrado su capacidad, capacitación y formación adecuada para el cargo.

Una de las principales innovaciones en la ley 26657 es su estrecha relación con los derechos humanos. En palabras de Laufer, (2011;pp 192) la ley no solo se dedica al derecho a la salud mental, sino que recepta ya esclarece el ejercicio de otros derechos fundamentales. La nueva ley deja de un lado el carácter de invisible que se les otorgaba a las personas con enfermedades mentales y les brinda el derecho de hacer cara al sistema de salud. En este sentido, su principal logro es darle a la persona un “piso mínimo” de protección igualitaria y que ese mínimo es de cumplimiento obligatoria en toda la jurisdicción nacional (Art. 45). Así, según la autora, esta ley puede verse como la

---

<sup>4</sup> El literal otorga al usuario el derecho “a no ser identificado” por un padecimiento mental actual o pasado.

aplicación de los instrumentos de los derechos humanos a una población específica en estado de vulnerabilidad.

Se enfatiza en la orientación comunitaria y trabajo intersectorial para la atención de los pacientes. Lo que permite una terapéutica vinculada con los espacios familiares, sociales, laborales del paciente. Se reduce con ello, la posible pérdida de habilidades sociales relacionadas con la rehabilitación psicosocial.

Disposiciones en relación a las internaciones. Siguiendo lo estipulado en las leyes provinciales, las internaciones se convierten en el último recurso terapéutico, de carácter restrictivo. Lo que define que la atención debe realizarse principalmente en la consulta externa. De no poder evitarse la internación, debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo excepciones debidamente fundadas.

En concordancia con el énfasis puesto en la interdisciplina, se debe cumplir con una evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral junto a los motivos que justifican la internación dentro de las primeras cuarenta y ocho horas. Debe contar con la firma de al menos dos profesionales del servicio, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra. Es decir, se puede prescindir de este último, y que los jueces no pueden determinar una internación por sí mismos (a menos que existiendo las condiciones previstas, el equipo se niegue a la misma).

Se prohibió la creación de nuevos manicomios, mientras que los existentes deberían de adaptarse a los principios de la ley, buscando sustituirse con dispositivos alternativos: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (art. 11) (Presidencia de la Nación, 2010). Otra innovación fue la creación de un órgano de Revisión desde el Ministerio Público de la Defensa, con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios.

En referencia al impacto en el derecho argentino, se modificó el Código Civil y de Comercio (Argentina. Códigos, 2014) al eliminar el concepto de peligrosidad y sustituirlo por el de riesgo cierto e inminente como criterio de internación involuntaria (Carpintero, 2011).

Al referirse a las limitaciones de la ley, se debe mencionar que la misma fue sancionada en 2010, pero solo en 2013 se publicó su reglamento, lo que complicó la gestión en distintas instituciones, puesto que lo dispuesto requirió recursos que en una primera instancia adecuasen áreas de los

hospitales generales en espacios para el internamiento breve y la adaptación de y transitoria desaparición – al referirse al cambio de funciones y objetivos – de los hospitales monovalentes. A esto se le suma que no se habían establecidos tiempos ni características mínimas de esa gestión (Hermosilla & Cataldo, 2012).

Desde el punto de vista económico, significaría la necesidad de recursos para capacitación del personal, nuevas contrataciones de personal, modificación de las instalaciones, adquisición de camas para albergar personas con padecimiento mental, espacios físicos para el trabajo con estas personas. En la práctica, algunos pacientes pudieron ser ingresados en áreas que no le correspondía o estuviese adecuada para ese fin. En los años que lleva la ley, se redujeron las camas para pacientes con sufrimiento mental, lo que hace evidente la necesidad de ampliar y fortalecer otros servicios como por ejemplo los hospitales de día (Balviano, 2017).

Respecto al internamiento involuntario, la ley planteó en un inicio que la decisión debería de basarse en la identificación de una situación de riesgo cierto e inminente para sí o terceros. La dificultad es establecer qué se considera riesgoso. El artículo 15 de la ley de salud mental establece que en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda. Sin embargo, dada la deficiencia del estado en lo que respecta a resolver dichas problemáticas, las instituciones se ven sujetas al dilema ético de externar a los pacientes que revistan dichas condiciones o proteger sus derechos humanos conculcados (Hermosilla & Cataldo, 2012).

En su artículo 41, se especifica que la internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, solo podrá proceder si cumple con las siguientes condiciones:

- a) debe estar fundada en una evaluación de un equipo interdisciplinario
- b) debe existir un riesgo cierto e inminente que amenace la integridad de la persona protegida o de terceros, y
- c) la internación tiene como fines el uso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible con una supervisión periódica garantizada;
- d) debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica (Artículo 41. Sobre la Internación. pág.11).

Otro de los cambios sustanciales devenidos de la ley, es que las instituciones educativas que forman profesionales del área de la salud mental han tenido que responder a la interdisciplinariedad

propuesta en la ley. Pese a que, has sido escasos los posgrados con orientación interdisciplinaria, lo que también allí se plantea el desafío de repensar el perfil de egresado que necesita nuestra comunidad.

Las críticas a la ley han girado en los planteamientos y debates originados en entidades profesionales reconocidas. Durante el debate para la aprobación de la ley Juez, Dr. Russo (República Argentina, 2010) señaló que, respecto a que la interdisciplina es un método muy fácil de promover desde lo discursivo, pero muy difícil de practicar porque implica un ejercicio de modestia y humildad. Criticó el proyecto al referir un equipo interdisciplinario sin profesionales definidos, con materias no descritas de forma suficiente. Resaltó algunas incumbencias, que en su opinión serían rol exclusivo del psiquiatra; que era eco de

En tanto la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires argumentó que no existe la noción de criterios terapéuticos interdisciplinarios e indicó que “la internación es un acto exclusivamente médico, siendo el psiquiatra el único profesional capacitado para realizar un diagnóstico diferencial” a lo que los representantes de las organizaciones de psicólogos recordaron el Anexo V de la Resolución 343/09 del Ministerio de Educación, donde se señala que el profesional en psicología puede realizar indicaciones psicoterapéuticas de internación y externación de personas por causas psicológicas – no psiquiátricas (Hermsilla & Cataldo, 2012).

Gorbacz (2012), comenta sobre estas opiniones que, afortunadamente, la ley no ha tenido injerencia dentro del campo de cada una de las disciplinas, las cuales se encuentran reguladas por normativas y reglamentos particulares y deontológicos de cada carrera. Sin embargo, sí infiere con una nueva concepción de que la salud mental no es un campo exclusivo a ninguna disciplina y que el mismo merece una participación democrática.

Otras críticas se centraron en la utilización del término sufrimiento o padecimiento para definir el objeto de una legislación, en vista de que, según estos, podría darse cabida a la patologización de las privaciones sociales. Marcelo Torino (República Argentina, 2010), vicedecano de la Facultad de Medicina de la UBA, planteó que la definición padecimiento mental tiene una carga polisémica que la vuelve muy imprecisa y permite ciertos deslizamientos de sentido inadecuados.

La última crítica se centró en referencia a los cierres de las instituciones monovalentes; quienes defendieron estos planteamientos, indicaban que, podrían dejarse abandonados. El doctor Luis Alem (República Argentina, 2009), en ese entonces subsecretario de Derechos Humanos por el Ministerio

de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, la Ley no se estaría refiriendo a expulsar a los pacientes, sino a refuncionalizar el sistema.

### **Intentos de reformas propuestas a la ley 2017**

El presupuesto es muy bajo en términos de salud y es por ello que desde 2017 se pretende una reforma para que lo que compete a tercer nivel, no sea cubierto por el estado, situación con la que los sectores que brindan atención no se mostraron de acuerdo (Balviano, 2017). La reforma redefiniría nuevamente la salud mental, respecto a los términos enfermedad mental que convoca un tratamiento definido, mientras que, sufrimiento psíquico convoca un tratamiento interdisciplinario (Stolkiner, 2017). Significaría un retroceso a los logros alcanzados con los hospitales escuelas, para volver a los hospitales psiquiátricos. Despertó rechazo de varias instituciones del país (TVCanal9Litoral, 2017).

La Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos (2017) de Argentina, tuvo una adhesión masiva de sus organizaciones vinculadas, mostrándose preocupada por la propuesta de reforma de la ley 26.657 publicada el 15 de noviembre de 2017, tras considerar preocupantes los siguientes puntos de reforma:

Modificar la concepción de la salud mental, pasándolo de ser el resultado de proceso con determinado por un sinfín de componentes, entre los cuales están los componentes históricos, sociales, económicos, culturales, biológicos y psicológicos, devolviéndolo a su estatuto anterior, devenido del modelo médico hegemónico de perspectiva biológica, siendo que este había resultado insuficiente para un tratamiento integral de los padecimientos mentales.

La modificación del artículo 1 de la ley se convertiría en:

Entiéndase por padecimiento mental a todo tipo de trastorno mental o del comportamiento que se encuentre descrito o sea objeto de atención (para) la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y las sucesivas versiones de dicha clasificación (PSYCIENCIA, s/f).

En esa perspectiva solo se reconocen prácticas basadas en evidencia científica, que terminan excluyendo aportes de otras disciplinas como la psicología, el arte, la terapia grupal, la música y la terapia ocupacional, entre otras. La misma permite también la reinstalación del manicomio con el pseudónimo de hospitales especializados en psiquiatría y salud mental (Troiano, 2017), y facilitando

el asilo de personas al consideradas enfermas según un postulado médico. Lo mismo para el tratamiento en comunidades cerradas para las personas con consumo de drogas. En la misma línea, en el internamiento se visibiliza suprimir el requisito de daño inminente para sí o para terceros, pretendiendo reinstalar el concepto de peligrosidad.

Elimina el derecho a una defensa técnica de la persona con padecimiento mental y deja en manos de los abogados defensores el evaluar si opinión del equipo tratante es válida o no, sin inmiscuirse en el esquema terapéutico, dejando sin derecho de opinar al usuario. Esto, en breves palabras significa que se reinstala la lógica tutelar que sustituye la voluntad individual, reconociendo a la persona como incapaz de tomar decisiones.

Quita de la competencia del Ministerio Público de la Defensa la designación de la máxima autoridad del Órgano de Revisión de la Ley y se la adjudica al Ministerio de Salud de la Nación. En ese sentido, el mismo organismo de salud sería quien aplique y controle la ejecución de la ley en su sistema. Quita la pluralidad y multidisciplinariedad, favoreciendo lógicas médicas hegemónicas.

El centro de estudios legales y sociales (CES) ha expresado, al respecto que dichas modificaciones van en contra de los principios y los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (AIRE LIBRE FM, 2017).

## **CONCLUSIONES**

El posible regreso a sistema de salud mental direccionado hacia el control, medicación, protección de la familia y la sociedad; un modelo de exclusión y estigmatización social; definitivamente es un retroceso en derechos humanos. El modelo de salud desde una visión comunitaria, el de inclusión social, familiar, laboral. Es incluyente, social y pertinente en un país donde la experiencia previa sirve de antecedente de un sistema de salud que no funciona en el campo del bienestar psicológico.

Es posible, mediante un seguimiento de medios de información identificar que el proceso de cambio de la infraestructura, el paradigma de la intervención y el internamiento, ha tenido muchas complicaciones devenidas del factor económico del gobierno. No se ha implementado lo sufrido los cambios (pareciera que es un asunto de presupuesto; pero también deja un sabor a falta de intención política) como para dar cabida al cuestionamiento de lo que funciona o no. Pareciese que se responde a otros intereses de orden privado. Y es que, en política, debería de contarse con

suficientes elementos de convicción para tomar a posta los cambios y reformas en función de lo que las personas perciben como sus necesidades.

La ley 26.657, contribuye a un debate que estuvo pendiente en Argentina, país que es pionero en temas de salud mental desde varias décadas, justo en un tiempo que fortalecer el enfoque de derecho es una necesidad constante, intentando mejorar la calidad de vida de todos y todas por igual; augurando mejores días para las personas con padecimientos o sufrimientos mentales. La salud mental, estuvo paralela a la salud en general, hasta antes de la ley promulgada; vulnera derechos fundamentales, basado en discursos que ubican el poder en jerarquías verticalistas. Pareciera que es o ha sido complicado para los antiguos mandos altos, ponerse horizontales en la relación con sus compañeros/as profesionales en otras ramas y sus pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- AIRE LIBRE FM. (11 de noviembre de 2017). *Buscan modificar por decreto la Ley de Salud Mental que impulsó Gorbacz*. Obtenido de AireLibre.com.ar: <https://www.airelibre.com.ar/2017/11/12/buscan-modificar-decreto-la-ley-salud-mental-impulso-gorbacz/>
- Argentina. Códigos. (2014). *Código Civil y Comercial de la Nación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Infojus. Obtenido de [http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo/Codigo\\_Civil\\_y\\_Comercial\\_de\\_la\\_Nacion.pdf](http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo/Codigo_Civil_y_Comercial_de_la_Nacion.pdf)
- Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental. (2014). *Nueva definición de Salud Mental | AGIFES*. Recuperado el 24 de enero de 2018, de Agifes.org: <https://www.agifes.org/es/campanas/salud-mental-para-todos/nueva-definicion-salud-mental>
- Balviano, E. (21 de diciembre de 2017). *¿Qué implicaría una reforma de la Ley de Salud Mental? Teleinformes Barricada TV*.
- Carballeda, A. (21 de diciembre de 2017). *¿Qué implicaría una reforma de la Ley de Salud Mental?*
- Carpintero, E. (2011). La Ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectivas. *Topia, Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*. Obtenido de <https://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-an%C3%A1lisis-y-perspectivas>
- Codevida, Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida. (04 de marzo de 2017). *¿Qué es el derecho a la salud? | Codevida*. Recuperado el 24 de enero de 2019, de Codevida.org: <https://www.codevida.org/derecho-a-la-salud-y-la-vida/que-es-el-derecho-a-la-salud>
- de Caracas, D. (1990). Conferencia sobre Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina. *Declaración de Caracas* (pág. 14). Caracas: Venezuela.
- Flores, L. F., & González, F. T. (2009). DERECHOS HUMANOS Y ENFERMEDAD MENTAL. ASPECTOS ÉTICO-JURÍDICOS DE LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL. En A. E. Neuropsiquiatría, *Violencia y salud mental* (pág. 109). Madrid.
- García, L. (2009). Perspectivas sobre el proyecto de ley de salud mental. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1), 5.

- González, P. M. (2002). Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. *Revista de Derecho Privado*, (3), 115-121.
- Gorbacz, L. (2012). Comentario en Hermsilla, A., & Cataldo, R. (2012). LEY DE SALUD MENTAL 26.657. ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2), 134-148.
- Hermsilla, A. M., & Cataldo, R. (2012). Ley de salud mental 26.657: antecedentes y perspectivas. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-140.
- Humanium. (19 de enero de 2019). *Derecho a la Salud - Humanium*. Obtenido de Humanium.org: <https://www.humanium.org/es/derecho-salud/>
- Humanos, D. (2016). Declaración universal de derechos humanos. Inmanencia. *Revista del Hospital Interzonal General de Agudos. HIGA* (pág. 4(2)). Buenos Aires: Eva Perón.
- Kraut, A. J., & Diana, N. (2013). Sobre la reglamentación de la Ley de Salud Mental. *LA LEY*, 8, 1-44.
- Laufer, M. (2011). Reflexiones sobre la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657; su impacto sobre la administración de justicia, la defensa pública y el ámbito de la infancia. En UNICEF, *usticia de niñas, niños y adolescentes. Estrategias y Buenas Prácticas de la Defensa Pública* (págs. 189–203). Buenos Aires, Argentina: Ministerio Público de la Defensa.
- Laufer, M. (2017). Derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial. Nuevos estándares para la Defensa Pública en salud mental. *Revista MPD*, 11-22.
- MedlinePlus. (06 de agosto de 2018). *Salud mental: MedlinePlus en español*. Recuperado el 24 de enero de 2019, de Medlineplus.gov: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
- Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires. Obtenido de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018\\_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf)
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York: ONU. Obtenido de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (29 de diciembre de 2017). *Salud y derechos humanos*. Obtenido de Who.int: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- ONU. (1991). Resolución 46/119. Principios para la Protección de personas con Enfermedad mental y la mejoría de los servicios de Salud Mental.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud*. Ginebra: Derechos Humanos y Legislación. WHO ebrary collections, Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/bibpucp/Doc>.
- Organización Mundial de la Salud. (diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 24 de enero de 2018, de Who.int: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Pan American Health Organization. (02 de diciembre de 2013). Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 - parte 1. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=EjpVxWle2AA>
- Pérez, F. (2016). La internación involuntaria en la Ley de salud Mental y en el código civil y comercial. *Tesis de Grado para la obtención del Título en Abogacía*. Argentina: Universidad Siglo 21.
- Presidencia de la Nación. (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Argentina: Boletín oficial: 03/12/2010.

- PSYCIENCIA. (s/f). *Tabla comparativa del proyecto de modificación de Ley de Salud Mental Argentina 26657*. Recuperado el 02 de enero de 2019, de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2017/11/tabla-de-salud-mental-1.pdf>
- Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos. (11 de noviembre de 2017). *Ley de salud mental: un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de derechos humanos*. Recuperado el 22 de enero de 2019, de <https://www.redsaludmental.org.ar/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por-decreto-de-su-reglamentacion-elimina-la-perspectiva-de-derechos-humanos/>
- Red-DESC. (s/f). *El derecho a la salud*. Recuperado el 24 de enero de 2019, de [Red-DESC: https://www.escri-net.org/es/derechos/salud](https://www.escri-net.org/es/derechos/salud)
- República Argentina. (2009). REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD Y DEPORTE. *VERSIÓN TAQUIGRÁFICA - CÁMARA DE SENADORES DE LA NACIÓN*. Obtenido de [https://www.topia.com.ar/sites/default/files/salud\\_mental\\_1-12-2010.pdf](https://www.topia.com.ar/sites/default/files/salud_mental_1-12-2010.pdf)
- República Argentina. (2010). REUNIÓN PLENARIA DE LAS COMISIONES DE LEGISLACIÓN GENERAL, DE JUSTICIA Y ASUNTOS PENALES, DE SALUD Y DEPORTE Y DE PRESUPUESTO Y HACIENDA. *VERSIÓN TAQUIGRÁFICA - Cámara de Senadores*. Obtenido de [https://www.topia.com.ar/sites/default/files/salud\\_mental\\_23-11-2010.pdf](https://www.topia.com.ar/sites/default/files/salud_mental_23-11-2010.pdf)
- República Argentina. (2013). Anexo I - Reglamentación De La Ley Nº 26.657. Argentina: Registro Oficial.
- Stolkiner, A. (21 de diciembre de 2017). *¿Qué implicaría una reforma de la Ley de Salud Mental? Videoinformes Barricada TV*. Recuperado el 02 de enero de 2019, de <https://www.youtube.com/watch?v=y2Yy-yL5MOA>
- Telam.com.ar. (11 de septiembre de 2015). *Un informe revela que el 80% del presupuesto porteño para la salud mental refuerza el sistema de manicomio*. Recuperado el 11 de enero de 2019, de <http://www.telam.com.ar/notas/201509/119686-un-informe-revela-que-el-80-del-presupuesto-porteno-para-la-salud-mental-refuerza-el-sistema-de-manicomio.html>
- Troiano, G. (21 de noviembre de 2017). *Ley de salud mental: ¿vuelven los manicomios?* Recuperado el 22 de enero de 2019, de [Infobae.com: https://www.infobae.com/opinion/2017/11/21/ley-de-salud-mental-vuelven-los-manicomios/](https://www.infobae.com/opinion/2017/11/21/ley-de-salud-mental-vuelven-los-manicomios/)
- TV Pública Argentina. (22 de septiembre de 2015). *El gobierno porteño se rehusa a cumplir la Ley de Salud Mental*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=PHdqhzyeljs>
- TVCanal9Litoral. (22 de noviembre de 2017). *Ley de salud mental: la polémica por la posible reforma*.
- Vásquez, J., & de Salud, P. D. (2004). *La Declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los Derechos Humanos de las personas con discapacidades mentales*. Obtenido de [Fundación Recuperar: http://fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/4.pdf](http://fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/4.pdf)

