

INFORME 2018 XUMEK

SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN MENDOZA

2. - Violencia del Estado

2.4 - Salud Mental

2.4.1- Salud Mental Y Derechos Humanos. Asuntos Pendientes

MOSCONI RODRIGO - PÉREZ EVA GABRIELA - RAMÍREZ ANA CAROLINA

Integrantes de la Comisión de Derechos Humanos del Colegio Profesional de Psicólogos de Mendoza

RESUMEN:

En el presente capítulo se realiza un breve recorrido histórico sobre las bases que posibilitaron la creación de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) en Argentina y el cambio de paradigma respecto de la concepción del padecimiento mental. Se contempla el proceso de adecuación por parte de las instituciones de salud y las recomendaciones de Organismos Internacionales para su plena implementación. Por último, se expone sobre la situación actual en Mendoza respecto a la Creación del Órgano Local de Revisión, ente de suma trascendencia para velar los derechos consagrados en la Ley. Se aclara que algunas dimensiones de la temática quedan por fuera del alcance de este capítulo dada la extensión estipulada para el mismo y los objetivos consensuados por parte del equipo.

HITOS HISTÓRICOS SOBRE LA SALUD MENTAL

Resulta necesario historizar, para poder comprender los procesos que se han desarrollado en el campo de la salud mental en el contexto general, así como también en lo particular y su influencia mutua. Para esto se comienza relatando los hechos más relevantes en el contexto mundial, que generaron gran impacto en la región y fueron decisivos en la elaboración de la LNSM.

En 1990, durante la **Conferencia acerca de la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (Declaración de Caracas)**, convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se identifica que la atención psiquiátrica tradicional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria,

integral, participativa, preventiva, continua y descentralizada. Más bien, aísla a la persona con padecimiento mental de su medio, toma al hospital psiquiátrico como única modalidad asistencial, crea condiciones desfavorables y pone en peligro el cumplimiento de los DDHH. A partir de este análisis, se declara que la reestructuración de la atención primaria psiquiátrica debe estar ligada a la atención primaria de la salud, para posibilitar la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad desde un enfoque de redes. Para esto las bases de los tratamientos, cuidados y recursos deben estar fundadas sobre los Derechos Humanos y Sociales (Cátedra de Salud Mental Comunitaria, 2017).

En 1991, se adoptan los **Principios De Protección De Los Enfermos Mentales (EM)**, buscando la aplicación de los DDHH de manera universal, sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional, étnico o social, estado civil, etc. de todas las personas con padecimiento mental. Los Principios EM establecen estándares sobre el tratamiento y las condiciones de vida de personas diagnosticadas con trastorno mental en instituciones psiquiátricas y fuera de ellas, y crean protecciones contra la detención arbitraria en estos establecimientos. Esta última disposición es clave ya que muchos países usan las instituciones de salud mental de larga estadía como depósitos de personas que no tienen una historia de trastorno mental, o que actualmente no tienen trastornos mentales, pero que permanecen en el establecimiento debido a la falta de otras instituciones o servicios comunitarios que les permitan satisfacer sus necesidades (Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006).

En el año 2004, se redacta la **Declaración de Montreal sobre La Discapacidad Intelectual**. En ella se insta a los Estados a proteger, respetar y garantizar que todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como las libertades fundamentales de las personas con discapacidades intelectuales sean ejercidos de conformidad con las leyes nacionales y con las convenciones, declaraciones, normas y estándares internacionales de derechos humanos.

En 2005, se lleva a cabo la conferencia regional en Brasil, en la que se crean los **Principios de Brasilia: Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas**. Se reitera lo postulado en la Declaración de Caracas, ponderando la intervención multidisciplinaria, el establecimiento de redes de servicios comunitarios, el fortalecimiento de los vínculos en la atención primaria y la inclusión de los familiares en la planificación de programas (Principios de Brasilia, 2005).

A fines de 2006 se aprueba **La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**. Se trata del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración.

Señala un “cambio paradigmático” de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. En ella se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de los derechos humanos y libertades fundamentales. Se aclara y precisa cómo se aplican todas las categorías de derechos, se indican las esferas en las que es necesario introducir adaptaciones para que las personas con discapacidad puedan ejercer en forma efectiva sus derechos y las esferas en las que se han vulnerado los mismos y en las que debe reforzarse su protección.

En 2010, se establece el **Consenso de Panamá** en el cual se llama a los gobiernos y demás actores nacionales a impulsar la implementación de la estrategia y plan de acción sobre salud mental, adaptándolos a la situación de cada país. Se resuelve tener como prioridad la salud mental en las políticas públicas, el acceso universal y equitativo a los sistemas de atención, el aumento y fortalecimiento de los recursos humanos (Cátedra de Salud Mental Comunitaria, 2017).

Avances y retrocesos en Argentina

Específicamente en Argentina se producen varios hechos, que implican avances y retrocesos, en materia de salud mental, antes y después de la sanción de la LNSM.

Al finalizar la última dictadura cívico militar en nuestro país (1976-1983 durante la cual se persigue a miembros de organismos de Salud Mental, entre otros) Vicente Galli ocupa el cargo de Director en la Dirección Nacional de Salud Mental desde 1984 a 1989 en el gobierno de Raúl Alfonsín. En este periodo la salud y la salud mental aparecen como ejes a trabajar y el gobierno les da el estatuto institucional para contar con los recursos necesarios a partir de políticas estatales y el despliegue de líderes en salud mental que cuestionan el orden manicomial, creando alternativas con producciones institucionales que, con resultados sólidos, ejemplificaron y demostraron que eran posibles otros caminos. Así la salud mental fue caracterizada por el gobierno nacional como una política prioritaria en salud –la que fue avalada y asumida por todas las provincias– por entender que los efectos del golpe de Estado dejaban consecuencias del genocidio en las víctimas directas y en el tejido social, más las catástrofes de valores, organizaciones e instituciones formales y de base, con evidentes daños sobre la calidad de salud mental colectiva y sobre los sistemas de atención y rehabilitación. Esto da comienzo a un fecundo proceso de transformaciones piloteado conjuntamente entre los responsables de conducción de salud mental de Nación y de las provincias (Galli, 2013).

En el gobierno de Menem (1989-1999), producto de las políticas neoliberales, se profundizan medidas tendientes a la descentralización que fragmentan y vacían la salud pública. Este conjunto de

medidas, llamadas Reforma del Estado, presenta lineamientos para las reformas en salud que se ocupa de difundir el Banco Mundial, y le quita a la Dirección Nacional de Salud Mental su jerarquía (Chiarveti, 2008).

Después del arrasamiento de los '90 y de la crisis del 2000 y 2001, en el 2003 el Gobierno Nacional produjo condiciones para ir recuperando el rol rector del Estado, marcando políticas y estrategias con decisiones más autónomas. Cumpliendo con los pactos de los organismos internacionales en los distintos acuerdos regionales, Argentina genera una Mesa Federal de Salud Mental en donde participan referentes intersectoriales (del Ministerio de Salud, efectores de salud mental de instituciones públicas y privadas, familiares y usuarios/as, entre otros/as) en distintas zonas del país.

A partir de la sistematización de estos espacios, más las normativas internacionales, en abril de 2010 bajo la presidencia de Cristina Fernández de Kirchner, se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y en noviembre del mismo año el Congreso de la Nación sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con carácter de orden público, siendo su cumplimiento obligatorio, sin necesidad de adhesión de las jurisdicciones. En mayo del 2013, a través del Decreto N° 603/2013 se reglamenta la LNSM. Ese mismo año se redacta el Plan Nacional de Salud Mental por medio de un proceso participativo de diferentes sectores (salud, educación, áreas de niñez, desarrollo social, trabajo, usuarios/as, familiares, etc). El mismo promueve que la Salud Mental necesita un proceso de transformación que implica el pasaje de lo patológico a lo salutogénico; que no se agota en los servicios de salud específicos tradicionales, sino que aspira al desarrollo de acciones territoriales al alcance de toda la población desde la mirada comunitaria y la inclusión social (Plan Nacional de salud Mental, 2013).

Durante el gobierno del presidente Mauricio Macri (2015-presente) se dan modificaciones contrarias a los avances de la normativa. Se desfinancia la posibilidad de trabajo de la CONISMA (Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones) y no se convoca a la Comisión Permanente ni al Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCH), que tienen el objetivo de formalizar un espacio de participación en la toma de decisiones a través de distintas organizaciones sociales (Cátedra sociología. Enfoque en redes, 2017).

Sumado a estas modificaciones, en noviembre de 2017 se presenta un proyecto de ley que intenta derogar el decreto reglamentario 603. El objetivo de la derogación es dar un giro rotundo en la política de salud mental, que tiene como marco aquella ley sancionada con grandes acuerdos y valorada como ley modelo por los organismos internacionales de protección de derechos humanos. Esta nueva reglamentación resulta una clara contradicción con los principios de esa ley y con los derechos y directrices emanadas de las Convenciones anteriormente nombradas. Entre sus puntos más importantes

resaltan: la modificación de la concepción de la salud mental; reinstala el modelo médico hegemónico de perspectiva biologicista (que históricamente resulta insuficiente para un tratamiento integral de los padecimientos mentales); restituye el manicomio bajo el nombre de “hospitales especializados en psiquiatría y salud mental” y admite el aislamiento pleno de personas a quienes vuelve a considerar “enfermos” que deben ser tratados por el “arte médico”. Además propone sustituir la voluntad por las lógicas del modelo tutelar, reconociendo expresamente que una persona puede ser declarada completamente incapaz, en franca contradicción con las disposiciones del reciente Código Civil y Comercial de la Nación y normas de superior jerarquía (CELS, 2017).

Gracias a las adhesiones y las manifestaciones de cientos de colectivos de usuarios/as, asociaciones, colegios de profesionales y trabajadores/as de la salud mental, este proyecto no ve la luz, quedando estas organizaciones en estado de alerta ante algún nuevo intento de modificación de la legislación que vulnere los derechos consagrados en la Ley. A finales de noviembre de ese año, el Médico Andrew Blake (Director Nacional de Salud Mental) renuncia dejando su cargo al Licenciado en Psicología Luciano Grasso.

Posteriormente, en septiembre de 2018 el gobierno nacional anuncia la reducción de ministerios y elimina, entre otros, el Ministerio de Salud de la Nación que, absorbido por Desarrollo Social pasa a ser una Secretaría. En palabras del ex Ministro de Salud de la Nación Daniel Gollán, esta medida es la formalización de algo que ya viene pasando en los dos años y medio de gobierno y produce el debilitamiento de los roles que lleva adelante el Ministerio de Salud, acotando las funciones y los recursos económicos destinados a salud, profundizando las desigualdades y el acceso a la misma (Romero, 2018).

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657: Cambio de paradigma

A partir de los hitos históricos -mencionados anteriormente- se logra que se comience a desarrollar un cambio de paradigma respecto de concepciones y abordajes en salud mental, que en nuestro país culminan con la sanción de la LNSM.

Referido a esto, De Lellis (2015) destaca la transición del modelo asistencialista/tutelar al modelo integral, clarificando las modificaciones en el abordaje y concepción de las capacidades de los/as sujetos con padecimiento mental, en el régimen y criterio de internaciones, los modelos de atención, los equipos de salud, y también en la dimensión ética de las prácticas.

En el siguiente cuadro se exponen dichas dimensiones que se ven influidas en este cambio de paradigma y cómo la propuesta del modelo integral conlleva una superación en cuanto a la concepción

del padecimiento mental, y la consideración de quienes lo padecen bajo un abordaje desde el marco de los derechos humanos.

DIMENSIONES	MODELO ASISTENCIALISTA /TUTELAR	MODELO INTEGRAL
CAPACIDADES DEL SUJETO CON PADECIMIENTO MENTAL	Centrado en la protección de la discapacidad mediante medidas de tutela y rehabilitación psicofísica	Presunción de capacidad y administración de los sistemas de apoyo necesarios para compensar las limitaciones
RÉGIMEN DE INTERNACIONES	Escasamente controladas	Criterios y medidas para la protección de las internaciones
CRITERIO DE INTERNACIÓN	Criterio de peligrosidad como motivo de internación	Criterio de riesgo como motivo de internación
MODELO DE ATENCIÓN	Institucionalización prolongada	Desinstitucionalización, intersectorialidad y articulación en redes de servicios
DIMENSIÓN ÉTICA	Centrada en la beneficencia	Respeto a los derechos del paciente y con criterios de equidad social
EQUIPO DE SALUD	Hegemonía y fragmentación disciplinaria	Interdisciplina y horizontalidad de las prácticas, con inclusión de profesionales y técnicos no convencionales

Cuadro 1: Dimensiones y características del modelo tutelar e integral en salud mental (De Lellis, 2015).

En el marco de la presente Ley, se reconoce a la **salud mental** 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 (Art. 3º, Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

Tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. Parte de la presunción de capacidad de los/as sujetos y considera que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Desde esta perspectiva, la posibilidad de que el consumo de una sustancia genere un mayor o menor problema para la persona o para la comunidad, no se halla relacionada con las propiedades inherentes a la sustancia, sino fundamentalmente con el vínculo que la persona establece con la misma en una determinada circunstancia vital.

Un pilar fundamental de la LNSM es la mención a la expresión “personas con padecimiento mental” en lugar de referirse a “enfermedad mental”. De la misma manera, no utiliza la palabra “tratamiento”, sino “procesos de atención”. Se hace necesario remarcar el esfuerzo político de la misma por instaurar concepciones referidas a la integralidad de las personas, y del tejido histórico-social en el que advinieron como tales y en el cual también se produjeron sus padecimientos (Plan Nacional de salud Mental, 2013).

En cuanto a los procesos de atención propone abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, integrados por profesionales, técnicos/as y otros/as trabajadores/as capacitados/as para la atención en Salud Mental, por fuera del ámbito de internación hospitalario monovalente (manicomios), basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), y su componente de Salud Mental, orientándose al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales. En estos abordajes, también deben ser reconocidos y estimulados los recursos sociales y culturales que se puedan convocar, incluyendo el protagonismo de los/as familiares y allegados/as (Plan Nacional de salud Mental, 2013).

Respecto al pleno cumplimiento y adecuación a la Ley, el Comité de derechos económicos, sociales y culturales de la Organización de Naciones Unidas examina el cuarto informe periódico de Argentina y aprueba las observaciones finales en sus 58^a reunión, celebrada el 12 de octubre 2018 (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2018).

Dicho Comité nota que, con base en la Ley Nacional de Salud Mental, el Estado parte se compromete a transformar el sistema de salud mental y cerrar los manicomios antes del año 2020. No obstante, manifiesta su preocupación respecto a que el encierro en instituciones psiquiátricas siga siendo la principal respuesta del Estado en materia de salud mental. Preocupa también las condiciones de vida de personas internadas en estas instituciones y la muy fuerte reducción del presupuesto asignado a la Dirección Nacional de Salud Mental incumpliendo con la pauta fijada por la Ley Nacional de Salud Mental (10% de la inversión en salud)

El Comité recomienda:

- Adoptar medidas para prevenir y abordar actos de malos tratos en todos los establecimientos de salud mental;

- Garantizar el cumplimiento en todo el país de la Resolución del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental (ORSM) N° 15/14 sobre muertes en Instituciones Monovalentes de Salud Mental y la Resolución ORSM N° 17/14 sobre el no uso de electroshock;
- Garantizar que los tratamientos se administren sobre la base de un consentimiento libre e informado;
- Promover en todo el país la defensa técnica especializada para personas internadas en forma involuntaria para que su caso sea revisado regularmente;
- Concretar en 2020 la sustitución del sistema de instituciones psiquiátricas de salud mental públicas y privadas por un sistema integral, interdisciplinario y comunitario de Salud Mental, en cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental.
- Propiciar que niños/as y adolescentes sean atendidos/as en forma comunitaria, priorizando la atención ambulatoria, domiciliaria y en la zona de arraigo, y se restrinja la institucionalización;
- Fortalecer la red de servicios comunitarios y la apertura de servicios de salud mental en los hospitales generales, para el cumplimiento de lo establecido en el Art. 28 de la Ley N° 26.657 y en el Plan Nacional de Salud Mental.

Órgano De Revisión De La Ley Nacional De Salud Mental:

La plena implementación de la LNSM constituye aún un importante desafío por parte de los/as profesionales de la salud mental y los establecimientos abocados a ello.

Como ya se mencionó, uno de los objetivos planteados por la LNSM es el cierre de los hospitales monovalentes, los llamados manicomios, al año 2020. Lejos de cumplirse, en todo el país siguen abiertas las instituciones de encierro para el tratamiento de problemáticas de salud mental y aún no están creados todos los dispositivos alternativos necesarios para que esto sea una realidad. A su vez, la Ley no sólo ordena el cierre de estos centros sino que prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente, sean públicos o privados.

Promueve, cuando sea necesaria y se hayan rebasado las posibilidades de atención en terreno, la internación en hospitales generales; acentúa la necesidad de cuidado en las maneras de las derivaciones y de los seguimientos de las personas que necesiten continuidad de cuidados luego de la disminución de los síntomas que generaron la atención.

Específicamente en la Provincia de Mendoza siguen abiertos los dos Hospitales Monovalentes públicos (Hospital Carlos Pereyra y Hospital El Sauce) y varias clínicas privadas de internación. Como parte del proceso de adecuación, los hospitales generales del sistema público de salud en esta provincia,

han incorporado la formación en salud mental interdisciplinaria por medio de residencias, sin embargo presentan una adaptación parcial respecto a la incorporación de servicios de internación en salud mental.

Uno de los aspectos más relevantes de esta Ley, sancionada a partir de un enfoque de derechos, lo constituye la creación del “**Órgano de Revisión Nacional**”. Su principal objetivo es la protección de los derechos humanos de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental. A nivel nacional, este órgano, está conformado por diversos sectores, entre ellos podemos citar representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de DDHH de la Nación y del Ministerio Público de la Defensa. Además, asociaciones de familiares de usuarios/as del sistema de salud, de profesionales, trabajadores/as de la salud y Organizaciones no gubernamentales que defienden los DDHH.

Tal como lo establece la Ley, a su vez debe crearse un **órgano de revisión local** en cada provincia, para su real cumplimiento. Algunas provincias ya cuentan con su órgano de revisión local, lo que vehiculiza de manera más efectiva el cumplimiento de la Ley, aunque Mendoza aún no.

El 7 de mayo de 2018, se realiza el “1º Encuentro Nacional de Órganos de Revisión de Salud Mental” en la Provincia de Entre Ríos. En la misma se elabora un documento para difundir los principales ejes para el funcionamiento y conformación de órganos locales.

A su vez, el 28 de Septiembre de 2018, en Mendoza, en el marco de las VII Jornadas Nacionales de la Defensa Pública Oficial, se lleva a cabo el 1ºencuentro de representantes de Órganos de Revisión, en el cual se tratan aspectos referidos a la situación general del sistema de salud y de la seguridad social de las personas usuarias del sistema de salud mental, y la tarea específica de supervisión de los Órganos de Revisión.

Estado Actual Respecto A La Creación Del Órgano De Revisión Local En Mendoza

En Mendoza, el 26 de abril de 2018, se logra la media sanción al Proyecto de Ley del Órgano de Revisión Local, a partir de lo estipulado en el artículo 40 de la Ley Nacional de Salud Mental.

Según lo dispuesto en el proyecto de Ley, el Órgano de Revisión Provincial será un ente funcionalmente autónomo dentro de la estructura del Ministerio Público de la Defensa y Pupilar de la Provincia de Mendoza. Tendrá injerencias en dispositivos públicos, privados y de la seguridad social.

En cuanto a su composición, el Órgano de Revisión Provincial será interdisciplinario y conformado por:

a) Un representante de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza, o aquel que en el futuro lo reemplace;

- b) Un representante de la Dirección de Derechos Humanos dependiente del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza, u organismo que en su futuro la reemplace;
- c) Un representante de la Dirección de Derechos Humanos y Acceso a la Justicia de la Suprema Corte de Justicia de Mendoza;
- d) Un representante de asociaciones de usuarios y/o familiares de los servicios de salud mental;
- e) Un representante de asociaciones y/o colegios de profesionales de la salud mental de la Provincia, correspondientes a psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales;
- f) Un representante de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos, con sede permanente en la Provincia.

El presente Órgano además, prestará colaboración activa y articulará con los organismos provinciales, nacionales e internacionales dedicados a la protección de los derechos humanos, particularmente con la Comisión Provincial para la Prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, la Defensoría de las Personas con Discapacidad y con los que se creen en consonancia tanto a nivel provincial, nacional como internacional, así como prestará su asistencia ante requerimientos del Órgano de Revisión Nacional creado por Ley Nacional N° 26.657 (Proyecto de Ley de Creación del Órgano Local de Revisión, 2018).

Conclusiones

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, implica un hito importantísimo en el tratamiento del padecimiento mental en nuestro país. No solamente brinda garantías para los/as usuarios/as de los servicios de salud, sino que se invita a los/as trabajadores/as de la salud mental a pensar en un modo integral de considerar a las personas. La necesidad de intervenir desde la intersectorialidad, la interdisciplina, y en los contextos más próximos de la persona permite abordar las problemáticas complejas desde la multidimensionalidad y considerando las diversas aristas del padecer.

Respecto de la interdisciplinariedad, es uno de los aspectos más resistidos por la corporación médica y las perspectivas judiciales centradas en la tutela y en el control de la “peligrosidad” de “los enfermos”. Es evidente que las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias pero sí las hegemonías de algunas profesiones; no borran las especificidades ni diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos durante día y noche, en la multiplicidad de formas de atención que se necesitan para lograr recuperaciones sostenibles (Galli, 2013).

Considerar la internación como último recurso terapéutico, implica poder trabajar con el contexto socio-familiar y comunitario más próximo de los/as usuarios/as de servicios de salud mental, evitando así el aislamiento y la estigmatización. Pensar en abordajes comunitarios admite poner en juego herramientas específicas para abordar problemáticas complejas que exceden la clínica individual centrada en la enfermedad, contemplando los aspectos saludables que son parte de la singularidad, y de la vida cotidiana de las personas en cuestión.

A pesar de que la Ley fue reglamentada hace 5 años, el camino recién empieza y todavía queda mucho por recorrer. Es parte de la responsabilidad de los/as profesionales de la salud conocer y difundir los aspectos consagrados en la Ley, con el fin de apoyar desde la praxis en las instituciones y fuera de ellas el cambio cultural que permita pensar a las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos.

Para que los avances en los derechos humanos se vean reflejados en la realidad de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental (es decir de todos/as, ya que cada integrante de la población es potencial usuario/a de los servicios de salud mental) resulta indispensable la voluntad política para instaurar el cambio paradigmático que las instituciones, los/las profesionales y las sociedad necesita. Para esto es necesario contar con políticas públicas que destinen un presupuesto sólido, programas y planes que acompañen estas transformaciones.

Referencias Bibliográficas

- Cátedra Sociología. Enfoque en redes. (2017). El sistema de salud en Argentina. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Mendoza. Artículo sin publicar.
- Características y Funciones del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental.(2018). Ministerio público de la defensa: Buenos Aires. Recuperado en: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/173-caracteristicas-y-funciones-del-organo-de-revision-de-la-ley-de-salud-mental>
- Cátedra Salud Mental y Comunitaria. (2017). Contextualizando la salud a través de los tratados internacionales: repercusiones y situación de ellos en Argentina. Facultad de Ciencias de la Salud . Universidad de Mendoza. Artículo sin publicar.
- CELS. (11 de noviembre, 2017). Ley de salud mental: un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de dd.hh. Recuperado en:<https://www.cels.org.ar/web/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por-decreto-de-su-reglamentacion-elimina-la-perspectiva-de-derechos-humanos/>

- Chiarveti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, (2), 173-182. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921780012.pdf>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (12 de octubre de 2018). Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Argentina. Consejo Económico y Social, Naciones Unidas, Argentina. Recuperado: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/.../E_C-12_ARG_CO_4_32783_S.docx
- De Lellis, M. (2015). Un nuevo paradigma en salud mental.ejes de la transformación. En M. de Lellis (Comp.), *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Buenos Aires: Nuevos tiempos.
- Decreto 457/2010. (5 de abril del 2010). Administración Pública Nacional. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/165815/norma.htm>
- Documento de las conclusiones del 1° encuentro nacional de órganos de revisión de la Ley Nacional de Salud Mental. (16 de marzo, 2018). Entre Ríos: Paraná. Recuperado en: <https://rednacionalor.files.wordpress.com/2018/05/documento-encuentro-or.pdf>
- Cámara de diputados (11 de abril de 2018). Proyecto de ley Creando el órgano de revisión local de acuerdo a lo establecido en la ley nacional 26657. Provincia de Mendoza, Argentina.
- Ferreyra, J y Stolkner, A (2017) ¿Qué pasó en Salud Mental durante el último año de gobierno? El cambio es el retroceso. Página 12. Recuperado en: <https://www.pagina12.com.ar/13718-el-cambio-es-el-retroceso>
- Galli, V (1 de septiembre de 2013). Problemáticas de Salud Mental en Argentina. Recuperado en: https://www.pagina12.com.ar/especiales/archivo/voces_en_el_fenix/012-fenix.pdf
- Massa, M.M. (Coord.) (2013) Plan Nacional de Salud Mental: ley nacional N°26657. Ministerio de Salud: Buenos Aires.
- Ley 26657. Ley nacional de Salud Mental. Buenos Aires, 25 de noviembre de 2010.
- ONU (1991).Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.
- ONU (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones unidas, 13 de diciembre de 2006. recuperado en: http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/treaties/es/un-dis/trt_un_dis.pdf
- OPS- OMS (1990) Declaración de Caracas. Caracas, Venezuela Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 14 de noviembre de 1990.
- OPS- OMS (2005). Principios de Brasilia. Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas. Brasilia, Brasil, 7-9 de Noviembre de 2005.
- OMS (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Recuperado en: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

- OPS- OMS (2010) Consenso de Panamá. Panamá, 7 y 8 de octubre del 2010.
- OPS- OMS (2010).La declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual. Canadá, Quebec, Montreal 5 y 6 de octubre, 2004.
- Órgano de revisión-Ley de Salud mental 26657. (2 de octubre de 2018). Se realizó la primera reunión del consejo federal de representantes de órganos de revisión de salud mental. Facebook. Recuperado en: <https://www.facebook.com/notes/%C3%B3rgano-de-revisi%C3%B3n-ley-nacional-de-salud-mental-26657/se-realiz%C3%B3-la-primer-reuni%C3%B3n-del-consejo-federal-de-representantes-de-%C3%B3rganos-d/750643518611721/>
- Resolución 1484/2015. (10 de septiembre de 2015). Normas mínimas para habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones. Ministerio público de la defensa. Buenos Aires, 10 de septiembre de 2015. Recuperado en: https://www.mpd.gov.ar/pdf/Resoluci%C3%B3n%20Ministerio%20de%20Salud%201484_15.pdf
- Romero, N. (4 de septiembre de 2018). Alarma en el sistema sanitario. Página 12. Recuperado en: <https://www.pagina12.com.ar/139825-alarma-en-el-sistema-sanitario>