

ETICA, MORAL Y POLITICAS DE SALUD MENTAL

Martín de Lellis

PROFESOR TITULAR

Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Introducción

La ética es una vertiente del pensamiento filosófico que ha tenido como objeto la indagación del comportamiento moral de los distintos grupos o, como indica más precisamente Guariglia (2011), la moralidad de tales comportamientos. Como tal, aspira a lograr comprensiones regidas por la recta especulación filosófica, trascendiendo los credos religiosos o las doctrinas que configuran una moral determinada.

Al aplicarse al campo de la atención sanitaria, se tradujo en un conjunto de prescripciones normativas cuyo objeto ha sido regular la corrección o incorrección del comportamiento de quienes ejercieron el arte de curar basados en los criterios de beneficencia o no maleficencia y, para el caso específico de la medicina, fundamentaron los rituales de juramentación profesional.

Pero una ética centrada en el deber profesional ha mostrado límites insalvables ante la creciente demanda por satisfacer nuevos derechos subjetivos tales como el respeto a la identidad, privacidad, confidencialidad y/o autonomía en la toma de decisiones o bien el acceso a una atención sanitaria digna y de calidad.

Estos desafíos descentran e interpelan el quehacer profesional e introducen una tensión a menudo difícil de resolver entre la demanda de grupos históricamente vulnerados en el acceso a derechos y el limitado reconocimiento que de los mismos manifiestan los sistemas de atención.

Específicamente en el ámbito de la Salud Mental observamos una evolución en el foco de preocupación, desde una perspectiva centrada en evaluar el accionar de los profesionales que brindan asistencia hasta los profundos debates que hoy se plantean en el campo de la bioética y la justicia sanitaria.

Irrumpen en el campo actores colectivos que peticionan por la garantía de los derechos de pacientes y cuestionan los principios del modelo asilar-tutelar, y en diversas regiones del mundo se suscriben declaraciones que instan a atender y/o respetar los derechos de las personas con *sufrimiento mental*.

En base a tales antecedentes, algunas de las cuestiones que hoy desvelan a los protagonistas y referentes del campo de la Salud Mental son los siguientes: ¿Cómo se sostuvo en el modelo tutelar y cómo ha sido interpelado desde los nuevos enfoques de la bioética y la ética social? Cuáles son las principales y más profundas desviaciones que ha producido dicho modelo? ¿Cuáles son las principales iniciativas políticas e institucionales

de transformación para revertir tales desviaciones? ¿Qué tensiones y disputas se han planteado entre los actores a partir de la implementación de tales medidas?

Para avanzar en las respuestas a estos candentes interrogantes, cuya aproximación exhaustiva requiere un trabajo de mayor aliento y extensión que el presente, son necesarias algunas precisiones conceptuales en torno a la ética y la moral que permitan luego sus aplicaciones al campo de la salud mental.

Cuestiones deontológicas

Ética y moral proceden de la misma raíz epistemológica, pues refieren a pautas culturales que se comparten en cada comunidad o agregado social y que la tradición establece como lo evidente, lo frecuente, lo acostumbrado y también lo deseable.

Respecto de la moral, es lícito discernir la existencia de distintos planos de análisis (individual o colectivo) y, específicamente en lo que concierne al presente trabajo, identificar sus manifestaciones en los ámbitos corporativos que nuclean a quienes se desempeñan como prestadores de servicios de salud.

Mientras el término moral ha quedado circunscripto en su acepción al credo o repertorio de prescripciones propias de un grupo, la ética aspira a trascender la moral de grupo para plantearse interrogantes y respuestas desde sobre los temas esenciales y universales de la conducta humana: la justicia, la equidad, el bien común, la solidaridad, la felicidad, el reconocimiento de la alteridad.

De allí que suele plantearse una tensión potencial entre el repliegue reflexivo que la ética como rama de la reflexión filosófica introduce en el ámbito de las creencias culturales al reflexionar críticamente sobre el comportamiento moral que albergan los distintos grupos sociales. Esta tensión suele hallarse presente en el campo de la atención sanitaria, porque la moral de grupo se ha regido de acuerdo a principios que no necesariamente podían encuadrarse en el respeto a las preocupaciones de una ética de alcance universal.

La deontología es la rama de la ética que concierne a la cuestión del deber, y en el ámbito de la salud se aplica particularmente a ciertos colectivos aunados por su responsabilidad en la práctica profesional. Si bien han sido muchos y variados los aspectos que contempla la deontología, lo característico de esta dimensión es que no proyecta su juicio sobre los seres humanos en general ni traza los lineamientos de la vida buena sino que atañe específicamente al comportamiento de los sujetos que comparten y asumen

responsabilidades a partir de identidades y pertenencias comunes, tal como pueden ser la adquisición de determinados saberes profesionales.

Esta dimensión de la ética, que se opone una moral irreflexiva en la que se reproducen pautas de conducta asociadas al rol social, ha permitido que cada profesión ligada a la prestación de servicios de salud regule mediante códigos o normas aquellas acciones de los integrantes del colectivo profesional que resultan aceptables y aquellas que no lo son, se crean obligaciones y se imponen, llegado el caso, sanciones determinadas que corrigen las transgresiones a dichas normas. Por ejemplo, en el caso de la medicina (que se ha constituido en el saber pragmático hegemónico del arte y práctica de curar en Occidente) y en el transcurso de un devenir de siglos, fueron legitimándose un conjunto de prescripciones normativas por las cuales los médicos juramentaron su lealtad a ciertos principios que de allí proceden.

El momento inaugural se fundaba en un enfoque paternalista en el cual se enfatizaban los deberes que debía asumir el curador para brindar el mejor tratamiento disponible o evitar el abandono de cuidados a las personas cuyo sufrimiento requería la asistencia médica. La beneficencia, entendida como hacer el mayor bien o la no maleficencia *-primum non nocere-* resultaban los dos principios indisolubles que obligaron ritualmente a la comunidad de práctica profesional.

Aspectos relativos a los resguardos que deben realizarse en la experimentación científica, la obligatoriedad de no llevar a la práctica tratos crueles o degradantes, no incurrir en el abandono de persona y/o someter la calidad de los conocimientos a los pares han sido ilustración de los principios deontológicos. Tales principios han regido durante un dilatado período de tiempo el accionar de profesionales e instituciones de salud, así como han resultado elementos fundamentales a la hora de restringir los potenciales abusos de la experimentación médica y/o científica.

Si bien la ética profesional ha vigilado la conducta de los profesionales según los principios anteriormente enunciados, al sostener necesariamente la asimetría vincular desde un modelo paternalista de atención no se ha jerarquizado adecuadamente la relevancia que adquiere la autonomía del sujeto en la toma de decisiones. Muchos ejemplos testimonian los conflictos que se suscitan en la discrepancia de criterios, valores y conductas de quienes se hallan autorizados para administrar la cura y de quienes, por ubicarse en el rol de pacientes, no hallan concedidas oportunidades de participación en el curso de su propio tratamiento.

Aún cuando en la definición de lo que significa *hacer el bien* no siempre han concordado las intenciones o motivos del curador y las aspiraciones de quien/es deben ser asistidos, la relación médico-paciente no ha sido considerada un espacio de negociación o transacción entre los derechos y/o deberes de las partes sino que ha descansado en la imposición a menudo unidireccional de pautas para asegurar el cumplimiento de prescripciones avaladas por el saber científico.

Situados en este marco deontológico, otro de los problemas que hallamos es que los principios de regulación a los que debe someterse la conducta profesional proceden de distintas fuentes, las que a menudo pueden hallarse en conflicto: el respeto a la autonomía decisional de los pacientes en una época en que sus derechos se enmarcan y habilitan por efecto de normativas nacionales e internacionales puede colisionar con los preceptos de una moral corporativa que descansa en principios reglamentarios y que especifican aquello que los profesionales deben hacer para no traicionar el mandato invocado en la norma del grupo.

Pero en la medida que desde una perspectiva ética sea posible revisar los principios en que se funda tal moral corporativa pueden introducirse tensiones de ardua resolución, porque se interrogan sus fundamentos desde una perspectiva que trasciende la mera visión asociada a un determinado grupo de interés. Por ejemplo, hallamos que hoy la bioética pone de relieve de forma central la cuestión de la autonomía en la toma de decisiones, lo que introduce tensiones o conflictos que es menester considerar porque requieren de los cuidadores revisar el modelo de atención y corregir decisiones adoptadas al jerarquizar la voz de actores (ej: pacientes y familiares) que han estado tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones.

En un trabajo esclarecedor, Dardo Scavino (1999) sostiene la confusión recurrente en torno a los conceptos de ética, política y moral. Revisando críticamente el célebre tratado sobre "La República", sostiene que para Platón un *acto moral* es aquel que se conforma al rol asignado para reproducir de forma inalterable el orden establecido por la sociedad y que la sanción moral se descarga o se aplica sobre quienes no cumplen o se desvían del rol que les ha tocado representar.

Scavino insiste en señalar que, si bien la responsabilidad por el ejercicio de los actos es individual, la distribución de los roles siempre es social, y por ello la sanción moral nunca garantiza *per se* la justicia o injusticia presente en la distribución social de los roles. De acuerdo a su planteo, un *acto moral* es aquel que se realiza cumpliendo con el rol socialmente asignado, sin cuestionarse la distribución social de los roles ni los fines últimos que pueden contribuir a generar o sostener el desempeño de dicho rol. En esta

línea de pensamiento la *ética* permitiría reflexionar y revisar críticamente la distribución social de los roles a los cuales se adapta el acto moral y la *política* comprendería aquellas acciones e iniciativas públicas que permitirían cuestionar y eventualmente transformar la distribución de los roles tal como ha sido establecida.

Un profesional médico o psicólogo que antepone los intereses mercantiles antes que el deber por el cual juramentó servir a los miembros de su comunidad y/o discrimina la atención de acuerdo a preferencias personales, o cercena con sus actos toda posibilidad de transmitir el saber aprendido en la universidad pública (y, como tal, fruto de una descomunal inversión social para que sea factible producir un título de especialista) para que no descienda el valor de mercado de la prestación profesional por él ofrecida puede estar obrando *moralmente* de acuerdo a lo que su propio grupo de referencia ha establecido por imperio de la costumbre como lo más habitual y deseable. Sin embargo, su obrar puede ser severamente cuestionado por una concepción con sustrato ético que antepone ante todas las cosas el bien de la comunidad que debe ser atendida.

Bioética y Salud Mental

Asistimos en la actualidad al surgimiento de la perspectiva bioética, que coincidente con la consolidación del liberalismo político y económico en Occidente sostiene el necesario reconocimiento del otro, de sus necesidades, sus aspiraciones, de la significación que cada sujeto proyecta sobre el mundo y a las decisiones que adopta para el cuidado de su salud. Este ámbito de preocupación, más incipiente en su desarrollo y problematización guarda relación con el respeto a los principios de la autonomía -considerada el núcleo duro de la individualidad personal y la dignidad- desde un enfoque centrado en la protección de los derechos humanos. (Nino, C. 1989)

Esta dimensión de la ética, que desvela habitualmente a la sociedad en relación a casos graves y/o terminales (por ej: muerte digna, interrupción del nacimiento, decisiones y directivas anticipadas ante el riesgo de secuelas discapacitantes asociadas a una intervención quirúrgica, adoptar tratamientos altamente agresivos para el organismo o aceptar cuidados de carácter paliativo), debería extenderse a todas aquellas prácticas en las cuales resulte relevante lograr la adhesión y el consentimiento informado de los pacientes y que puede hallarse entretrejida con la protección de los derechos fundamentales.

Conforme ha avanzado la necesidad de afirmar la autonomía en la toma de decisiones, también se han multiplicado las corrientes críticas del proceso de tecnificación de la

asistencia (ej: los excesos de la medicalización para tratar trastornos mentales en la infancia) que han insistido en la apreciación de derechos que, incluso, podrían contrariar la voluntad *benefactora* del agente curador. Como señala Berlinguer refiriéndose especialmente al saber médico, *“beneficencia y autonomía tienen un fundamento ético diferente; el principio de beneficencia orienta los fines morales a los cuales la medicina debiera ser dirigida, mientras que el principio de autonomía afirma que cada sujeto tiene capacidad y derechos propios, y no puede ser usado o manipulado por otros”* (op. cit, pág. 51).

En relación con el respeto de los derechos subjetivos, el campo de la salud mental ha tenido una especificidad propia que es oportuno considerar. Aquellos a quienes se ha juzgado (y a menudo rotulado) como enfermos mentales han sido considerados incapaces para tomar decisiones que conciernen a aspectos tales como el tratamiento terapéutico a recibir, la posibilidad de aceptarlo o rechazarlo, el consentimiento en someterse a procedimientos tecnológicos (tales como el consumo de psicotrópicos) o psicoquirúrgicos (la lobotomía fue una práctica aceptada en la medicina hasta bien avanzado el siglo XX).

Al presumirse incapaz de comprender y tomar decisiones se produjo un fenómeno habitualmente denominado sustitución de derechos: no decidía el sujeto padeciente sino un tercero, a menudo un familiar o curador oficialmente designado por el Poder Judicial. Esta concepción se mantuvo fuertemente arraigada entre quienes encarnaron el complejo asilar-tutelar, y fundamentó un conjunto de medidas que prescindían de toda consideración respecto de los derechos subjetivos del paciente. Ello ha conspirado aún más para que no sean reconocidas las preferencias subjetivas de los sujetos relativas al acceso a la información, a la posibilidad de consultar la historia clínica personal, aceptar o rehusar la internación, o bien garantizar la confidencialidad en el proceso de atención.

El nuevo paradigma de salud mental rescata este ámbito de preocupaciones éticas que se funda en los principios de la autonomía y destaca todos aquellos principios centrados en el logro de una progresiva autodeterminación del sujeto con padecimiento mental en relación a decisiones relativas al/los tratamientos científicos y las consecuencias que los mismos pueden ocasionar sobre el estado de salud (la discapacidad grave, la inconsciencia o incluso la privación de la vida). Por eso es que las oportunidades para que el usuario del sistema de salud con padecimientos mentales participe en ese tipo de decisiones que afectan el tratamiento a recibir ya significan un muy importante avance respecto del estadio anterior en el cual tales derechos se veían omitidos o vulnerados de forma casi absoluta.

Las nuevas medidas, que introducen tanto la ley 26549 y la 26657, tendientes a proteger preservar los derechos del paciente (y, la segunda, destinada específicamente al padeciente mental) de los abusos en los que pudieran incurrir instituciones y profesionales de la salud hallan muy diferente contexto de aplicación si se piensan como un medio para empoderar a los sujetos que fueran tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones o como un mero trámite administrativo-burocrático que se traduzcan en la aplicación mecánica del consentimiento informado concebido como resguardo jurídico-legal de los profesionales (Garbus, P. et al. 2009). Del mismo modo, promover la apertura y consolidación de espacios institucionalizados para que los usuarios y familiares de servicios de salud mental puedan expresarse (en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas) suelen hallar profundas resistencias entre los propios cuadros técnico-profesionales que han detentado tradicionalmente mayores cuotas de poder en la toma de decisiones.

Pero tales cuestiones y dilemas no impactan sólo en el ámbito de la relación personalizada entre profesional y paciente sino que ha irrumpido también en el plano colectivo dentro del escenario de la atención de la salud. De hecho, gran parte de las cuestiones que trata la bioética se debaten hoy en la arena pública, mediante grupos que expresan las demandas de aquellos sujetos cuyos derechos se ven vulnerados o amenazados y que por diversas razones encuentran obstaculizado el acceso al tratamiento.

El problema de la equidad

Por último, no podemos omitir una tercera dimensión importante, y es cuando en la aplicación de nuestro saber técnico-científico tomamos en cuenta los principios de la justicia distributiva, que han cobrado renovada actualidad a partir de las evidencias que señalan el impacto que las condiciones de desigualdad tienen sobre las posibilidades de acceso a los servicios de salud.

En relación con la atención sanitaria, un señero antecedente está representado a través de la formulación de la ley de cuidados médicos inversos, (Tudor Hart, 1971) la cual señalaba que la disponibilidad y/o concreción de la asistencia sanitaria tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida: los sujetos más vulnerables profundizan sus condiciones de vulnerabilidad y quienes presentan menor riesgo relativo tendrán mayores posibilidades de acceder a servicios que permitan resolver satisfactoriamente los daños a la salud.

Precisamente otra de las reglas fundamentales de la ética social como justicia distributiva exige que se trate a los iguales de modo igual y a los desiguales de modo desigual (Whitehead, A; 1992) (Evans T; Whitehead, M. Diderichsen, F. 2002). Concibiendo este último principio como diferenciación para la igualdad, si no se impulsan acciones que permitan cerrar la brecha entre las condiciones de los menos favorecidos respecto de los más favorecidos se reforzará la distancia entre lo que predica o suscribe en el discurso (jurídico, en su mayoría) y lo que efectivamente se practica en las instituciones de salud (Kraut, A. 2005).

Esta constatación impele entonces a desarrollar políticas públicas que aseguren la accesibilidad equitativa a los servicios de atención y/o generen condiciones que aseguren a las personas con padecimiento mental los derechos vinculados a la inclusión social. En el caso de los padecientes mentales ello revela una conexión muy estrecha, pues la evidencia existente en todo el mundo subraya que cuando existen mayores niveles de pobreza se reportan mayores casos de morbilidad y menores posibilidades para asegurar los servicios indispensables para la atención.

Aquí la ética se traduce en principios tales como asegurar la accesibilidad equitativa a los servicios de atención o generar condiciones que aseguren a las personas con padecimiento mental los derechos vinculados a la inclusión social e implica también fortalecer las capacidades cognitivas y el acceso a recursos informativos que hagan posible el cuidado de la propia salud.

En la mayoría de los estudios de Latinoamérica realizado con adultos se ha observado que la posición socioeconómica se relaciona negativamente con indicadores de trastornos mentales y, aunque existen menos estudios, se ha observado la misma tendencia en el caso de adolescentes y jóvenes; lo anterior coincide asimismo con los resultados de investigaciones realizadas en países de altos ingresos . Podemos señalar por otra parte el riesgo de que en Salud Mental adoptemos argumentos como los de la “*deriva social*” (que proceden de una bioética justificativa) según la cual *“la existencia de sujetos que, como consecuencia de su enfermedad son precipitados del bienestar a la pobreza resulta un signo evidente de una relación causal inversa entre pobreza y enfermedad, con la confirmación de que cada uno tiene lo que se merece”* (Berlinguer, G. op.cit).

Como ocurre a menudo en la formulación de modelos que tratan de dar cuenta de los procesos y fenómenos psicológicos, las relaciones entre pobreza y salud mental siguen una lógica circular, de tal modo que los determinantes socioeconómicos adversos incrementan el riesgo de experimentar problemas psicológicos, a la vez que los trastornos mentales implican un mayor riesgo de exclusión social.

En un exhaustivo estudio de revisión, DeCarlo et al (2013) constata evidencias consistentes en la relación de pobreza y padecimiento mental, y señalan algunos de los factores que inciden en su perpetuación. Como indica el trabajo, la pobreza supone que las personas se hallan sometidas a un conglomerado de circunstancias cronificadas, adversas y estresantes sobre las que difícilmente tienen control y que se relaciona con determinadas consecuencias negativas, como por ejemplo, una mayor incidencia de depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, adicciones, y delincuencia. Por otra parte, las alteraciones psicológicas y sociales pueden interferir con el nivel educativo y/o laboral que una persona aspira a alcanzar, ya que cuando los trastornos no son oportunamente atendidos ocasiona, en muchos casos, un grado de dificultad adicional. Además, las personas con trastorno mental suelen sufrir también las consecuencias de los prejuicios y el estigma social, lo que implica barreras a la accesibilidad muy difíciles de sortear al momento de disminuir el riesgo de pobreza y exclusión. Por ejemplo, en el citado estudio se ha encontrado que sólo el 13% de adultos con bajos ingresos que tienen trastorno por estrés postraumático reciben el tratamiento adecuado. Y se estima que el 75%-80% de los niños de familias con bajos ingresos no tienen acceso a los cuidados de salud mental que necesitan. Esta cifra se incrementa en las minorías étnicas, como ocurre entre la población latina norteamericana, donde el porcentaje es del 88%.

En el campo de la salud mental subsiste aún un grave problema ligado a la brecha de tratamiento que afecta muy especialmente a las poblaciones desfavorecidas. Podemos advertir, por ejemplo, que las concepciones y prácticas adoptadas por las personas que trabajan en instituciones bajo régimen tutelar vulneran con frecuencia el principio de equidad en el proceso de atención; pues son los pobres y desafiados quienes son mayormente atendidos en instituciones de encierro, y por quienes pocos esfuerzos se realizan para revertir sus condiciones de exclusión.

Según diversos autores (DeCarlo et al; op cit), (Comes, Y;), Frenk, J. () las barreras a la accesibilidad que dificultan o impiden la disponibilidad de estos tratamientos requieren una mirada compleja e integral, y para el tema que nos ocupa pueden resumirse en tres tipos fundamentales: a) Barreras logísticas relacionadas con la imposibilidad de asumir el coste económico de los tratamientos por parte de las personas con bajos ingresos, las dificultades para acceder a centros de atención que a veces están distantes, o simplemente, tendrían que ver con el desconocimiento, por parte de las personas con bajos ingresos, de los recursos asistenciales a los que podrían tener derecho; b) Barreras actitudinales o simbólicas: Por ejemplo, el temor a ser estigmatizado socialmente al estar bajo tratamiento psicológico es una barrera potente a la hora de buscar ayuda; a la que deben añadirse el miedo a que el profesional le trate con prejuicios, a tener una mala

experiencia, a perder la custodia de los niños, a ser separado de la familia, o a que el hecho de asistir a un centro sanitario pueda repercutir en el status social del sujeto; c) Finalmente, un tercer grupo de barreras proviene del sistema de servicios de salud, como por ejemplo la falta de profesionales que conozcan la cultura y la lengua de los grupos sociales desfavorecidos, los propios sesgos del profesional, y el desconocimiento de aquellos recursos que mejor podrían satisfacer las necesidades asistenciales de las personas con bajos ingresos y problemas de salud mental. Algunos autores han expresado cómo las políticas públicas han sido usufructuadas principalmente por las capas medias, que intervienen tanto en calidad de proveedores como en calidad de usuarios provistos por las distintas agencias y establecimientos sanitarios, y numerosos estudios (citar) han señalado asimismo que existe un poderoso sesgo en la calidad y cantidad de tiempo que los profesionales destinan a los pacientes, según se trate de personas jóvenes o ancianas, de raza blanca o negra, instruidas o analfabetas, con alto o bajo poder adquisitivo.

En definitiva, romper el círculo vicioso que vincula a la desigualdad social y el padecimiento mental requiere un enfoque flexible, culturalmente situado y que se aplique específicamente a las representaciones y conductas de los profesionales sanitarios. Pero también requiere resituar el foco de prioridades sobre aquellos colectivos económicamente desfavorecidos, pues se hallan expuestos a un conjunto de factores estresantes en sus condiciones de vida que afectan diferencialmente a la salud mental. Teniendo en cuenta la creciente incidencia de la pobreza y desigualdad social, es posible que el tratamiento de los problemas de salud mental que se asocian a ella se convierta pronto, sino lo es ya, en una de las prioridades inexcusables de las políticas generales de salud.

Hitos normativos: la ley nacional de Salud Mental

Durante el periodo reciente, que abarca aproximadamente tres décadas, recrudecieron las críticas al modelo de atención desde una perspectiva ética, sanitaria, histórica y/o antropológica, de forma concomitante a la consolidación progresiva de la bioética y de la ética fundada en la justicia social. Se acentuó en este enfoque la necesaria protección de los sujetos asistidos en las Instituciones totales, en aspectos tales como el acceso a la información, las garantías de privacidad y/o confidencialidad y en el logro de una progresiva autodeterminación del sujeto con padecimiento mental en relación a las consecuencias que los tratamientos asistenciales pueden ocasionar sobre el estado de salud (la discapacidad grave, la inconsciencia o incluso la privación de la vida).

También el cuestionamiento partió de referentes institucionales que señalaban la necesidad de asegurar la protección y defensa de los derechos humanos (CELS, 2007) y que se expresó en un conjunto de leyes o normativas integradas al sistema internacional de los derechos humanos, que pueden clasificarse en dos grandes tipos:

Instrumentos de carácter obligatorio o vinculante: Aquellas que obligan legalmente a los Estados que las han suscripto y ratificado (Tratados, Pactos, Convenios o Convenciones), y que han adquirido en nuestro país rango constitucional (Art. 75, inciso 22 de la Constitución), constituyéndose así en parte del derecho interno de nuestro país. Por su relevancia específica cabe citar a los siguientes instrumentos: a) Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que fue sancionada durante el mes de agosto de 2006 la ONU y se incorporó al derecho interno de nuestro país a través de la ley nro. 26.378., cuyo propósito es promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y equitativo del conjunto de los derechos humanos de las personas con discapacidad; b) Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad, la cual urge también a los Estados nacionales para que adecuen su legislación y formulen políticas y planes nacionales de salud mental y promuevan el fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitarios con el objetivo de propiciar la plena integración social de las personas con discapacidad.

Instrumentos de carácter no vinculante: Aquellos usualmente denominados “estándares” internacionales para la protección de los derechos humanos, que comprenden principios rectores o directrices plasmadas en Declaraciones, Resoluciones o Recomendaciones provenientes en su mayor parte de Organismos Internacionales. Aún cuando no resulten vinculantes, los gobiernos se hallan obligados (y presionados) moralmente a adecuar sus políticas a tales normas de derecho internacional de los derechos humanos, las cuales adquieren validez legal en su aplicación a casos específicos y establecen un conjunto de principios que permitan ampliar la efectiva protección de los sujetos bajo tutela a través de la adecuación de su legislación interna. Tales instrumentos pueden contribuir también a la constitución de organismos gubernamentales y no gubernamentales cuyo fin es fiscalizar y/o monitorear la vigencia y/cumplimiento de tales derechos: Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (Principios EM, 1991), las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad (1993) o bien la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los derechos de las personas con discapacidad mental (CIDH, 2001).

Respecto de los **instrumentos técnicos especializados** cuyo objetivo es proteger los derechos de las personas con trastornos mentales y, más específicamente, regular las

condiciones relativas a la internación en instituciones psiquiátricas, deben destacarse los siguientes: a) La Declaración de Caracas; los Principios para la protección de los enfermos mentales para el mejoramiento de la atención de la salud mental (ONU, Asamblea General, 1991); b) Las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad: Aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución 48/96 del año 1993, incorpora conceptos formulados en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos que también aprobara la Asamblea General de las Naciones Unidas; c) Los Principios rectores de Brasilia; d) el Consenso de Panamá; e) Las Directivas para la Promoción de los Derechos Humanos de las personas con desórdenes mentales aprobada por la Asamblea de la OMS, f) La Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual. Durante los últimos sesenta años se ha avanzado asimismo en la formulación de normativas éticas y deontológicas universales que se han abocado específicamente a proteger los derechos de los pacientes (incluso mentales), a cargo de diversas organizaciones científicas, gubernamentales, no gubernamentales y supranacionales, recogidas por ejemplo en la Resolución N^o 37/194 de las Naciones Unidas.

En el transcurso del año 2010 Argentina consagra en su legislación (mediante la ley 26657) un instrumento normativo que avanza en medidas para asegurar la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y establece lineamientos claros para la transformación del modelo de atención, ya que propone la supresión progresiva de las instituciones manicomiales y su paulatina sustitución por dispositivos de base comunitaria. Asimismo, la jerarquización de los principios centrales de la bioética está presente en el texto mismo de la ley, pues se establece el reconocimiento por parte del Estado de un amplio y diverso conjunto de derechos que se apoya en el concepto de autonomía del sujeto: atención sanitaria integral y humanizada, preservación de su identidad y grupos de pertenencia, derecho a recibir un tratamiento que no restrinja sus derechos, promoviendo la integración familiar y comunitaria y otras cuestiones que fundamentalmente centran al “paciente mental” como un sujeto activo de derechos, acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios.

En línea con esta argumentación ideológica la vulneración de derechos implica un déficit en la implementación de políticas públicas que sostiene el rol del Estado como garante y protector. Si bien el foco de atención de la ley se orienta prioritariamente a reparar el daño y lograr el pleno goce de los derechos humanos de sujetos con padecimientos mentales severos que se hallan institucionalizados, tal como se establece en el artículo 1^o de la presente ley implica asegurar en su alcance el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas.

Por eso cabe señalar como un hito normativo importante, que se halla en relación directa con los antecedentes anteriormente citados, la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (Decreto Presidencial 457/10 de Abril 2010), el cual consagra a este organismo como autoridad de aplicación de la ley 26657. En la especificación de sus misiones y funciones destaca especialmente la misión de promover la atención de la salud mental y la promoción de estilos de vida saludables, así como la prevención de las adicciones desde una perspectiva respetuosa de los derechos humanos con un criterio interdisciplinario de atención, que otorgue prioridad a la participación y acompañamiento familiar y comunitario. Se plantea a su vez la necesidad de coordinar con las áreas de incumbencia sobre la materia en las otras áreas del Estado Nacional y continuar los proyectos de colaboración ya iniciados, así como coordinar la aplicación territorial con el Consejo Nacional de coordinación de Políticas Sociales.

La promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental y la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental manifiesta una decidida voluntad de transformar un campo de prácticas que, surcado por tensiones políticas de muy diverso tipo, se ha planteado como altamente refractario al cambio y, en virtud de ello, sostenedor de situaciones en las cuales se ha manifestado incluso la violación sistemática de los derechos de las personas asistidas. Representa en tal sentido una oportunidad inédita para transformar las concepciones y prácticas asilares que caracterizan el modelo de atención hegemónico aún en las instituciones y servicios de Salud Mental.

La existencia de un marco normativo de carácter nacional y jurisdiccional constituye una base importante sobre la cual efectuar un abordaje sustentado en un paradigma innovador, donde el eje principal está sustentado en el trabajo con sujetos que cuentan con la capacidad de decidir y participar, los cuales pueden aprovechar las oportunidades de inclusión en la comunidad y así quebrar los muros del abandono y la soledad (de Lellis, M; Sosa, S., 2011). De hecho, ha instado hacia la toma de posición de los actores más relevantes respecto de las temáticas principales a resolver en en torno a la promulgación de leyes o normativas que hayan planteado innovaciones en aspectos específicos tales como las modalidades y criterios de internación, el régimen de egresos y altas o el cumplimiento de medidas tales como el consentimiento informado de los pacientes.

Tensiones éticas develadas por la ley

Habida cuenta de la relevancia que presentan las normas jurídicas centradas en los derechos individuales, la legislación puede concebirse también como una herramienta que contribuye a la formulación e implementación de una política pública, la cual se inserta siempre en un campo de tensiones y disputas entre los actores sociales involucrados. Al mismo tiempo, brinda oportunidades para la construcción de un discurso alternativo para los agentes de salud (ej.: profesionales y técnicos) comprometidos en el cumplimiento de esos derechos, los cuales pueden orientar y significar sus prácticas en las instituciones que componen el sistema de servicios de salud.

Pero también cabe reconocer que el campo de la Salud Mental se ha constituido en un espacio de tensión y de conflicto, asociado a la creciente denuncia de las desviaciones más aberrantes que han tenido lugar en las instituciones asilares, que pueden resumirse del siguiente modo: a) Exacerbó la asimetría vincular en el proceso de tratamiento, al reforzar la idea de un paciente menoscabado e imposibilitado de acceder a derechos desde un enfoque de tutela jurídica; b) Permitió la corporativización del proceso asistencial, que se expresó en la elección de cargos directivos, el desplazamiento de fines, la medicalización excesiva de los tratamientos y el blindaje del rol técnico respecto de los fines últimos del accionar institucional; c) Reforzó la inequidad en el acceso a servicios, ya que el tratamiento resulta profundamente diferencial según se trate de pacientes ricos o pobres; d) Se naturalizó la violación continua y sistemática de los derechos de los pacientes asistidos en las instituciones totales.

Por otra parte, las tensiones entre una perspectiva ética amplia y una moral corporativa restringida quedan al descubierto cuando observamos otras contradicciones que explicarían las profundas resistencias a adoptar una perspectiva interdisciplinaria en la práctica de los equipos de salud, para avanzar en los procesos de transformación de los dispositivos asistenciales de tipo asilar o para combatir las actitudes o conductas prejuiciosas y/o discriminatorias hacia las personas que bajo esta condición requieren asistencia en instituciones asistenciales.

Tales procesos, que obedecen a factores históricos y político-institucionales en los cuales se hallan implicados los actores colectivos que forman parte del campo de la Salud Mental interpelan también los principios éticos que deben regir la práctica profesional.

Si bien no podemos eximirnos de considerar que tales procesos responden a lógicas colectivas (de lo contrario estaríamos incurriendo en flagrantes reduccionismos) también pone en cuestión e implican la labor profesional desde el punto de vista ético y moral.

Tres ejemplos servirían para ilustrarnos respecto de las implicancias éticas que plantean decisiones políticas trazadas recientemente y que han hallado expresión en hitos claves como la sanción de la ley nacional de salud mental o las políticas adoptadas por la Dirección Nacional de Salud Mental en el período más reciente.

El primer ejemplo guarda relación con el artículo 8° de la ley nacional, que expresamente señala *“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente”*. El movimiento de la Salud Mental ha surgido asociado a una configuración interdisciplinaria de los equipos profesionales, en razón de la necesidad de responder a las cada vez más complejas demandas sanitarias. Sin embargo, lo que se justifica en el plano sanitario por la gran complejidad de las situaciones problemáticas se hallarían obstaculizadas por disputas asociadas a la defensa de intereses corporativos más que por la necesidad de actuar eficazmente ante las nuevas realidades sanitarias. Tales conflictos recurrentes reflejan las pujas corporativas ante decisiones que amenazan redistribuir el poder al horizontalizar la toma de decisiones, y han trabado incluso la reglamentación de marcos normativos sancionados legítimamente en nuestro país con un criterio de integralidad e interdisciplinaria (ej: ley de salud mental 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), y detenido así el avance en la implementación de políticas públicas en salud mental.

En tanto especialidad de la medicina, la psiquiatría se ha consagrado como el saber oficial para la clasificación y tratamiento de las enfermedades mentales, y para dictaminar los criterios para apartar a los sujetos de las obligaciones que rigen en la vida cotidiana normal o bien para justificar su aislamiento con fines terapéuticos. En tal sentido, y alegando la cuestión de las incumbencias profesionales, el colectivo profesional de psiquiatras ha cuestionado dos artículos fundamentales de la nueva ley nacional, desencadenando intensos debates públicos que han tensionado las posiciones de los principales actores que configuran el campo de la salud mental entre el criterio de la incumbencia (como actividad reservada a una especialidad profesional) alegada por la corporación de psiquiatras y el principio de la idoneidad profesional para decidir la capacidad de ocupar un determinado puesto de responsabilidad profesional; a) El artículo 13 de la ley nacional en el cual se plantea que pueden acceder a cargos de jefatura de servicios de salud mental aquellos profesionales que acrediten la capacitación requerida, y que no se puede alegar la exclusividad de asumir tales puestos de mayor jerarquía en la toma de decisiones sólo a un colectivo profesional. b) La prerrogativa acerca de quién puede evaluar y decidir las internaciones, pues en la ley nacional se indica, como primer requisito de toda disposición de internación con la firma de al menos dos profesionales

del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o psiquiatra (Ley Nacional 26657, Art.16). Esta disposición invita a revisar un supuesto que tenía la forma de un tabú incuestionable, como era la concentración del poder de internar en la incumbencia profesional de la psiquiatría, y que ha llevado a una curiosa argumentación defensiva de este colectivo en ocasión de discutirse el proyecto de ley en las Audiencias públicas convocadas por el Congreso de la Nación. Estos debates han colocado nuevamente en la agenda la importante cuestión en torno a cuáles son las fuentes de las que ha extraído históricamente su preeminencia y legitimidad la medicina por sobre otros saberes que concurren al campo de la atención en salud mental; y que encubren a menudo la defensa de intereses corporativos más que fundamentos científicos o evidencias concluyentes que permita asegurar una mejor calidad de atención.

El segundo obstáculo relevante está centrado en la dificultad de avanzar en la progresiva supresión de las instituciones totales y su reemplazo o sustitución definitiva por dispositivos de base comunitaria, y que guarda relación con el artículo 27° de la ley nacional, que establece *“Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes, deben adaptarse a los objetivos y principios expuestos hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos”*.

El sostenimiento de instituciones centenarias que consagran violaciones permanentes a los derechos humanos de las personas asistidas es una afrenta ética que interpela a a quienes asumen cargos directivos, administrativos y/o técnicos en sus estructuras de decisión en tales instituciones. Por eso no se trata de un debate que pueda dirimirse sólo de acuerdo a criterios de costo-efectividad o adecuada eficacia y racionalidad de las prestaciones o los recursos. Se trata de una cuestión social profunda, que interpela a la ética social (desde el principio de solidaridad que une a la comunidad, cuál es la atención que consideramos como socialmente justa para los enfermos, pobres, débiles y dependientes), a la bioética en la medida que se eliminan todas las oportunidades para que el sujeto pueda ejercer la autonomía en la toma de decisiones y también a la cuestión del deber profesional, pues nos interroga hasta qué punto puede reducirse a disputas corporativas las condiciones de supervivencia de un modelo de atención que en todo el mundo ha demostrado su inevitable caducidad.

También se observa a menudo que basados en una perspectiva *gerencialista* las comunidades de práctica profesional se refugian en la conformidad a la moral corporativa, en la cual se esgrime que el compromiso del/los profesionales es con la excelencia del quehacer técnico, sin importar el marco ideológico que orienta las prácticas del sistema ni

los fines últimos a los que sirve la labor en cuestión. Y aún más, esta perspectiva restrictivamente moral ha justificado actitudes de complacencia o complicidad con las acciones adoptadas para el refuerzo y legitimación del modelo asilar, como si ello no afectara profundamente el ejercicio profesional. *Hacer bien las cosas sin saber para qué ni por qué se hacen* puede convertirse en un peligroso desliz hacia posiciones de neutralidad valorativa que omitan reflexionar críticamente sobre las profundas violaciones que acaecen en las instituciones de encierro, en las cuales los sujetos pierden gran parte de sus derechos y se sumen en un oprobioso proceso que afecta su dignidad humana. Observemos en detalle los efectos aberrantes que se producen cuando como resultado de un conjunto de profesionales que estiman cumplir bien su función sin interrogarse sobre el escenario ni sobre los efectos finales que produce la acción “correcta” de cada una de las partes. El personal que reviste en un hospital general efectúa una evaluación adecuada y “deriva” correctamente a un paciente bajo la presunción de que no recibirá una adecuada atención sanitaria en dicho establecimiento (por causas que no se revisan, como por ejemplo las pautas culturales discriminatorias de los profesionales que allí actúan) y sí en otra institución que integra la red como puede ser una institución monovalente que impone un régimen custodial, invocando una norma jurídica los jueces intervinientes han obligado durante décadas a producir internaciones compulsivas aunque es conocida la incapacidad exhibida por las instituciones monovalentes para albergar los casos que llegan a consulta, los profesionales del hospital monovalente cumplen un rol técnico al servicio del modelo custodial sin que ello sea sometido a revisión. El efecto final de tales decisiones técnicamente adecuadas no permite dimensionar el impacto final: la creación y sostenimiento de instituciones asilares que son una afrenta a la dignidad humana y ponen en cuestión la red asistencial de servicios de salud.

El tercer problema importante tiene directo impacto sobre el desempeño de la red formal de servicios de salud, y guarda relación con el trato discriminatorio que sufren las personas con trastornos mentales en las instituciones asistenciales, ya que la ley señala expresamente en el Artículo 28° de la ley que indica *“Las internaciones en salud mental deben realizarse en hospitales generales. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592”*. Es ya habitual reconocer que la falta de respuestas adecuadas a las personas con trastornos mentales y adicciones no se debe a la carencia de recursos o equipamiento tecnológico especializado (la atención de las personas con sufrimiento mental no requiere de un voluminoso y costoso arsenal tecnológico) sino a problemas vinculados al prejuicio y estigma que pesa sobre las personas con esta condición y que están fuertemente radicados en quienes integran las comunidades de práctica profesional: *“saquen a los*

drogones del hospital", "el hospital no está para atender locos", "son pacientes difíciles y no se avienen a la cultura hospitalaria", son expresiones frecuentes que suelen reproducirse en guardias y servicios hospitalarios, en la mayoría de los casos para racionalizar una decisión ya consumada de no ofrecer la respuesta asistencial requerida. Tales prejuicios, que anclan de forma profunda en las mentes y comportamientos de quienes deben proveer asistencia se traducen finalmente en conductas discriminatorias, que refuerzan la segregación y el apartamiento de las personas en ámbitos confinados: los manicomios.

El problema de la discriminación, que es considerado especialmente en el Artículo 28° de la ley nacional cuando se refiere a que la internaciones deben realizarse en hospitales generales y no en ámbitos segregados bajo un régimen custodial y que el rechazo de pacientes será considerado un acto discriminatorio en los términos de la ley 23592, interpela el quehacer profesional desde el punto de vista deontológico (las profesiones suelen juramentar expresamente y comprometerse en la obligatoriedad de brindar cuidados y evitar el abandono de personas) y también sofocan el acceso al derecho básico a la salud, por terminar rotulando y estigmatizando en términos sociales los problemas que originaron la demanda de asistencia sanitaria.

Reflexiones finales

Si bien queda claro que en su acepción más tradicional la ética profesional no puede confundirse con la moral corporativa, esta puede colisionar con los deberes éticos de los sujetos al exigírseles fidelidad a un conjunto de principios y pautas acordados por un determinado grupo en procura de su interés particular pero que pueda hallarse reñida con el bienestar de la comunidad. Por ejemplo, cuando la moral corporativa se consolida en un modelo de atención asilar-tutelar que consolida asimetrías profundas en el propio equipo profesional y en la relación de este con los pacientes ello tendrá impacto en la calidad del tratamiento.

Durante más de un siglo las profesiones de la salud, encarnando los principios de la beneficencia, han trabajado en pos de los pacientes mentales sosteniendo un modelo tutelar que acabó legitimando pautas distorsivas de atención, precisamente por aquellas razones que justificaban al modelo desde el punto de vista terapéutico: el aislamiento, que se ejercía por el bien del paciente se constituyó en privación ilegítima de la libertad, la experimentación o el tratamiento sin consentimiento una prueba de la exclusión del

derecho a decidir, el tratamiento sin condiciones adecuadas para garantizar privacidad una violación de la intimidad, la masificación del tratamiento adoptada con fines pragmáticos y de eficiencia en la gestión, una lesión permanente a la identidad.

En el marco de un profundo cuestionamiento del tradicional modelo asilar, hemos señalado la relevancia que adquiere la ley nacional de salud mental como encarnación de un paradigma transformador, que se complementa con otras iniciativas relevantes en la materia para avanzar en un necesario proceso de transformación institucional

La ley nacional expresa requerimientos que obligan a que profesionales e instituciones se adapten a los principios rectores que introduce la deontología profesional, la bioética y la ética social, expresado en el necesario respeto a derechos tales como la privacidad, la confidencialidad, el acceso a la información y el consentimiento informado ante los tratamientos.

Aún cuando la identificación de los derechos individuales y sociales que deben ser garantizados representa un gran avance, cabe preguntarse en qué medida las abundantes herramientas normativas pueden ser aplicadas en un contexto de desigualdad social, vulnerabilidad, asimetría de poder y discriminación negativa que caracteriza la situación de las personas con los trastornos mentales.

En tal sentido, cuando se trata de decidir acerca de cómo asignar los medios para poner en práctica la ley resulta muy riesgoso confiar sólo en la institucionalización de dispositivos jurídicos, ya que la experiencia histórica enseña que esto sólo es posible si se conjuga con acciones políticas e institucionales que hagan sustentables en el tiempo dichas iniciativas de transformación.

Y si la ética, que propone una ampliación de derechos, no se sostiene en un amplio movimiento de participación social y movilización de los grupos implicados (entre otras, a través de las organizaciones comunitarias de base territorial y las asociaciones de usuarios y familiares) será difícil producir los hechos políticos que resultan necesarios para revertir la inequidad y promover un mayor bienestar para las personas con padecimiento mental.

Bibliografía

Berlinguer, G. (1994). *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar.

CELS/MDRI.(2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI.

DeCarlo Santiago C, Kaltman S, & Miranda J (2013). Poverty and mental health: how do low-income adults and children fare in psychotherapy? *Journal of clinical psychology*, 69 (2), 115-26 PMID: 23280880
de Lellis, M. *Ética y políticas inclusivas en salud mental*. En: Escalada, R. *Ley de Salud Mental. De la letra a su implementación*. La Universidad interpelada. Rosario. Laborde. 2016.

de Lellis, M; Sosa, S., (2011). *Modelos de atención: un análisis comparado de la legislación provincial y la ley nacional de salud mental*. Ponencia presentada en la Facultad de Ciencias Sociales. IX Jornadas de Salud y Población. Instituto Gino Germani. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

de Lellis, M. *Perspectivas en psicología comunitaria y salud: con motivo de la ley nacional de salud mental*. En: Sarriera, J.; Saforcada, E.T; Alfaro Insunza, J, (editores). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Editorial SULIMA. Grupo AMPEPP. Porto Alegre. 2015.

de Lellis, M. *La salud mental en la agenda de las políticas públicas en salud mental*. Aletheia. *Revista da Psicologia da ULBRA (Universidad Luterana de Brasil)*. Nº 41. Mayo de 2014. Págs. 8-23.

Evans T; Whitehead, M. Diderichsen, F. *Desafíos a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. 2002. *Publicación Científica y Técnica No. 585*. Fundación Rockefeller. Organización Panamericana de la Salud.

Garbus, P; et al. (2009) *“Aspectos éticos en investigaciones no clínicas en el campo de la salud. Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas incapaces”*. *Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Secretaría de Investigaciones. 2009. Volumen XVI. Tomo I. Págs. 329-338.

Guariglia, O.; Vidiella, G. (2011). *Breviario de ética*. Buenos Aires: EDHASA.

Kraut, A. (2005). *Salud Mental y tutela jurídica*. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni.

Nino, C. (1984). *Ética y derechos humanos, Un ensayo de fundamentación*. Ariel. Barcelona. 1989.

Ortiz-Hernández; L.; López-Moreno; S.; Borges, G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1255-1272, jun, 2007

Scavino D. (1999). La era de la desolación. Etica y moral en la Argentina de fin de siglo. Buenos Aires: Manantial.

Tudor Hart. J.T. (1971) "The inverse care law". Lancet1971;i:405-12

Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. International Journal of Health Services. 1992;22:429-45.

Normativas:

Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución Nº 119. 46 Sesión. 1991.

Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de la Personas con Discapacidad Mental (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Santiago de Chile, 4 de abril de 2001, aprobado por la Comisión en su 111º Período de extraordinario de Sesiones).

"Declaración de Caracas". Resultado de la Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 14 de noviembre de 1990.

"Principios Rectores de Brasilia". resultado de la "Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas", Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y el Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil, los días 7-9 del mes de Noviembre del año 2005. Consenso de Panamá.

Ley Nº 25.421/01. Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental. Publicado en el Boletín Oficial el día 4/04/2001.

Ley 21.883 (P.E.N.) Establecimientos asistenciales nacionales; transferencia a diversas provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Publicado en el Boletín Oficial 02/11/1978.

Ley Nacional Nº 24788. Publicado en el Boletín Oficial el día 03/04/1997.

Ley Nacional de Salud Mental 26657. Publicado en el Boletín Oficial el día 29/05/2013.

Decreto Reglamentario 603/13. Publicado en el Boletín Oficial el día 29/05/2013.

Decreto Nacional Nº 457/10. Modificación orgánica del Ministerio de Salud. Publicado en el Boletín Oficial el día 7/4/2010.

Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones 2013-2018. Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación, publicada en el Boletín Oficial de la Nación el 20/01/2014.

Declaración de los Derechos de Retrasado Mental. Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución Nº 2856 (XXVI) del 20 de diciembre de 1971.

Programa de Acción Mundial para los impedidos. Para el Año Internacional de los Impedidos (1981) –Aprobado 3/12/82 por Asamblea Gral. Resol. 37/52.

Reunión Mundial de Expertos para examinar la marcha de la ejecución del Programa de Acción Mundial para los Impedidos. 1987. Estocolmo.

“Declaración de Caracas”, resultado de la Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 14 de noviembre de 1990.

Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución Nº 119. 46 Sesión. 1991.

Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. 1995.

Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución Nº 48/95 del 20 de diciembre de 1993.

Declaración de Montreal sobre la Inequidad en el acceso al derecho a la Salud. IX Congreso de la Asociación Internacional de Economía de la Salud. 16 de junio de 1996.

Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de la Personas con Discapacidad Mental

(Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Santiago de Chile, 4 de abril de 2001, aprobado por la Comisión en su 111º Período de extraordinario de Sesiones).