

# LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Alejandra PETRELLA <sup>1</sup>

## I. Introducción al tema

La relación entre Estado y las personas con padecimientos mentales (en adelante PPM) debe superar una historia de más de 200 años de dominación, de criterios abusivos basados en la hegemonía médica que generaban discriminación jurídica ya que se “congelaba” a una persona en un diagnóstico de “enfermo mental” a partir del cual -bajo el estigma <sup>2</sup> de *peligrosidad*- se disponían medidas de control que implicaban desde la privación de la libertad y los bienes, hasta las facultades de tomar algún tipo de decisión. Todavía impera entre los operadores del Derecho el término “incapaz” y resulta difícil erradicarlo, pese a las nuevas normas. La acepción “capacidades graduales” dista aún de haber sido incluida en el lenguaje cotidiano y menos aun naturalizada, por lo que sostengo que debe ser construida día a día mediante la práctica cotidiana de cada uno de los saberes -atravesados por la interdisciplina <sup>3</sup>- y de los propios usuarios. Asimismo, el compro-

---

1 Jueza de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la C.A.B.A., titular del Juzgado N° 12; Doctora en Derecho y Ciencias Sociales, y Posgraduada en Derecho Administrativo y especialista en Determinantes Sociales de la Salud Mental (UBA, Ciencias Sociales). Profesora de grado y posgrado en diversas Universidades; autora de numerosas publicaciones relacionadas a su especialidad, entre ellas, del libro *Salud Mental y Salud Pública: un abordaje desde el Derecho Administrativo Constitucionalizado*. Ex Vicepresidenta, Consejo de la Magistratura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en representación del estamento judicial (conf. Res. J.E. N°7/12).

2 Estigma: atributo profundamente desacreditador (confr. Erving GOFFMAN en *Estigma*, cit. en bibliogr.).

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

miso asumido por el Estado tampoco se ve planteado en el cumplimiento de las leyes vigentes, resultando el derecho a la salud mental una gran deuda interna argentina.

Si bien el derecho a la salud ha crecido de manera exponencial -particularmente en razón del reconocimiento que realizan los fallos judiciales- la cuestión vinculada a la salud mental deviene aún una asignatura pendiente. La permanente fusión entre elementos jurídicos, filosóficos y morales, así como las diversas corrientes psiquiátricas, que en el lenguaje común y haciendo una simplificación dividen a las vertientes en manicomialización/antimanicomialización se convierten en escollos a la hora del reconocimiento del derecho humano y la tan pendiente concretización de los derechos de la PPM y su reconocimiento como un sujeto de derecho en situación de extrema vulnerabilidad.

## II. Lineamientos generales

La salud mental es un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona <sup>4</sup>.

Toda vez que el ámbito de análisis territorial al que aquí se hará referencia se acota a la Ciudad de Buenos Aires, es dable reseñar que -a criterio de la suscripta- la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 resulta de presupuestos mínimos; aun cuando Buenos Aires no hubiera adherido. Ello implica que sus prescripciones actúan **igual** a modo de piso por debajo del cual el Estado local no podría regular ni limitar derechos. En consecuencia, ambas normativas deben ser interpretadas armónicamente y de manera integrada.

---

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

4 Art. 3 de la LSM

Los principios <sup>5</sup> que rigen el derecho a la salud mental y que metodológicamente hemos de clasificar a continuación, surgen claramente de la interpretación armónica de la Constitución de la Ciudad, la Ley local de salud mental y su reglamentación, la Ley Nacional de Salud Mental y los Tratados de derechos humanos incorporados por conducto del art. 75 inc. 22) de la CN. Asimismo, a modo de pautas orientadoras, también componen la hermenéutica los principios que la propia Ley de Salud Mental incorpora en su articulado tales como las Declaraciones de Luxor, Viena y Caracas <sup>6</sup>.

Es dable aclarar que luego de dictadas las normas nacionales que regulan el derecho a la salud mental (Constitución local, Ley Nro. 448 CABA y Ley nacional Nro. 25.657), el Congreso Nacional otorgó rango constitucional incorporándolo como uno de los Tratados de Derechos Humanos con fuerza supra legal a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD). Este instrumento asume el modelo social de discapacidad, que entiende que la discapacidad es el resultado de la interacción entre la persona y su entorno, encontrando en muchas ocasiones diversas barreras (arquitectónicas, sociales, actitudinales y/o comunicacionales), que la discapacitan y le impiden tener una vida plena en sociedad.

### III. La salud mental en la CABA

La Constitución de la Ciudad establece: *Artículo 21.- La Legislatura debe sancionar una Ley Básica de Salud, conforme a los siguientes lineamientos:.....Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erra-*

---

<sup>5</sup> La salud mental en cuatro dimensiones (o 4D) como suelo decirle a mis alumnos.

<sup>6</sup> V. Plexo normativo de la salud en general y la salud mental en particular en PETRELLA, Alejandra (2015), *Salud mental y Salud Pública en la CABA: un nuevo abordaje desde el derecho administrativo constitucional*, Ed RAP. Asimismo, el art. 2 de la LSM establece que los instrumentos internacionales son pautas orientadoras para la planificación de políticas públicas de salud mental.

*dican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social.*

### *1. Inclusión del concepto de salud mental*

El concepto de salud abarca el de salud mental y es integral, en cuanto hace al completo bienestar del ser humano. Se puede establecer que una persona está “sana” cuando tiene equilibrio psicofísico. La salud mental comprende un estado de armonía entre las facultades y funciones del ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), dentro del concepto de salud en general se incluye el de salud mental, más allá de las particularidades que reviste el tema.

Resulta interesante destacar que el criterio de “locura” como proceso histórico sociológico adquiere esta concepción -o sea, la del loco como ser humano merecedor de un tratamiento médico- a partir de los conceptos de FOUCAULT <sup>7</sup>.

Por lo hasta aquí expuesto, el concepto de salud es una categoría que incluye a la enfermedad mental y que impone un análisis sistémico que contenga elementos médicos, jurídicos, históricos y sociológicos, ya que tal construcción -variable según las condiciones vigentes en cada época- condicionará el tratamiento de la institución desde la perspectiva estatal. Ello, por cuanto el concepto que adopte cada Estado en punto a la salud mental determinará el tipo de protección que otorgará al enfermo, partiendo de la base de que tal garantía es operativa a la luz de los textos constitucionales que incluyen los Tratados internacionales como Derecho interno.

Así, la demencia es un conjunto de signos y síntomas caracterizados por un deterioro global de las funciones intelectuales, para algunos autores de origen orgánico, que ocasiona una desadaptación social y un sufrimiento espiritual.

No es una enfermedad en sí, sino que es un trastorno con diferentes expresiones clínicas, dependiendo del periodo evolutivo en el que se encuentre y de las causas que lo originaron. Al hablar de

---

<sup>7</sup> FOUCAULT, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, 2006, T. I, 6ª reimpresión, México, Breviarios del Fondo de Cultura Económica, p. 198.

deterioro, se hace referencia a que se presenta en una persona que previamente se encontraba normal.

En este punto se entiende como mejor denominación a otorgar al sujeto sufriente de patologías denominadas psiquiátricas para los científicos, pero cuyas consecuencias producen un deterioro vital, la de personas con padecimientos mentales, en tanto son aquellas que poseen una alteración o vulneración en su salud mental. Resta así definir qué se entiende por salud mental.

Las precisiones de la OMS establecen que no existe una definición oficial sobre lo que es *salud mental* ya que cualquier definición al respecto estará influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. Sin embargo, la caracterización más aproximada sería: *“La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental”*<sup>8</sup>.

El concepto de salud mental es, entonces, una construcción social y cultural, aunque pueden definirse o determinarse algunos elementos comunes. Por esta razón, diferentes profesiones, comunidades, sociedades y culturas tienen modos diferentes de conceptualizar su naturaleza y sus causas, determinando qué es salud mental y decidiendo cuáles son las intervenciones que consideran apropiadas<sup>9</sup>.

Por eso, entiendo que adoptar una posición respecto a la incorporación del derecho a la salud mental como inserto en el plexo de los derechos sociales, así como entender su vinculación con el princi-

---

8 Ídem OMS: “Salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza”, en “Introducción”. Del *Informe mundial de la salud, 2001: “Salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza”*, OMS, 2001; el artículo no está disponible en castellano.

9 KRAUT, Alfredo Jorge, 2006, *Salud mental*, Santa Fe, Rubinzal-Culzoni, p. 152.

pio de dignidad humana resulta imprescindible por cuanto implica sostener la decisión política de cada Estado de intervenir activa y sustantivamente para asegurar a toda la población no sólo la promoción y protección de la salud, sino también el derecho a la atención de la enfermedad, en forma igualitaria en cantidad y calidad. Este es el enfoque de derechos que otorga al tema la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires<sup>1</sup> al enunciar como principio que la salud es una inversión social prioritaria, y hacerlo dentro del capítulo denominado “Políticas Especiales” en el que se enuncian los derechos fundamentales que la Constitución consagra y que el Estado debe garantizar, resultando éstos claramente operativos en tanto no puede invocarse la falta de reglamentación para no efectivizarlos.

Tal como surge de los instrumentos internacionales, es necesario establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen progresivamente los manicomios y aseguren la atención integral y multidisciplinaria de las personas con padecimientos mentales. Deviene así fundamental el rol del Estado en el cumplimiento de las acciones pendientes, derivadas por caso, de la Declaración de Caracas. Los servicios públicos de salud mental deben afrontar nuevos desafíos jurídicos, técnicos y culturales, para ello debe incluirse a esta problemática en la agenda de los gobiernos.

En orden a lo hasta acá expuesto, la Constitución protege, promueve, y garantiza el derecho a la salud en todos sus órdenes; y el Estado local es quien debe velar por dicho cumplimiento. Tal garantía, será directa o subsidiaria según corresponda.

En tal sentido, se ha expedido la jurisprudencia local en base a la doctrina señera sentada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en precedentes como “Romero”<sup>10</sup>, “Orlando”<sup>11</sup>, “Sánchez”<sup>12</sup>, “Segarra”<sup>13</sup>; entre muchos otros.

Cabe aclarar que si bien la Ciudad previene las dependencias y el alcoholismo según surge del artículo en análisis, la prevención y tratamiento de las adicciones se consideran un padecimiento mental y así lo entienden los Principios Generales que surgen de los

---

10 *Fallos*, 328:3133.

11 *Fallos*, 328:1708.

12 *Fallos*, 328:4640.

13 *Fallos*, 331:1449.

instrumentos internacionales de derechos humanos en materia de salud mental y la Ley Nacional de Salud Mental <sup>14</sup> lo establece específicamente así en su art. 4°.

## *2. Las cuatro facetas de la salud mental*

Enmarcados en la Constitución Local y con la fuerza supra legal que otorga la CDPD, tengo para mí que existen cuatro determinantes del derecho a la salud mental. Así propongo clasificar el derecho a la salud mental desde cuatro dimensiones que caracterizan la temática:

### *2.i. Desestigmatización*

Este concepto alude a que las normas proponen a todos los operadores -tanto judiciales cuanto médicos, y ello debería involucrar a usuarios y colectivo social- modificar la mirada que existe con respecto a las PPM. Se trata de superar el concepto de estigma que pesa sobre las PPM, que los naturaliza como incapaces, y los priva de sus derechos.

Desde antaño las personas con sufrimiento mental constituyeron el colectivo más vulnerable de la sociedad: discriminados, apartados, temidos, rechazados.

Es FOUCAULT quien advierte en la historia de la sinrazón que la locura era percibida en el horizonte social de la pobreza, la incapacidad de trabajar, de integrarse a grupos sociales. Desde entonces -modelo que todavía existe- se vislumbra a la locura como un problema social propio de las ciudades que genera -como reacción institucional propia del S. XVII- en el confinamiento de las PPM. Es con el avenimiento de la Revolución Francesa que nace la psiquiatría como especialidad médica y se codifica a la locura como enfermedad dando comienzo a su relacionamiento con la salud pública. El dictado de los códigos con sesgo liberal concluye en el esquema de la locura como discapacitante en relación al ejercicio de derechos, de los que se los priva (básicamente en relación al patrimonio y la libertad).

El cambio de paradigma que proponen las leyes vigentes, intenta modificar sustancialmente el concepto estigmatizante de la locura, para considerar a las personas con padecimientos psíquicos como

---

14 Ley 26.657.

sujetos de derechos en situación de extrema vulnerabilidad, y a la salud mental como un proceso psicobiosocial de etiología multifactorial. Así, el modelo social de discapacidad toma en cuenta, a la hora de valorar a la persona, sus circunstancias particulares y características desde diversas perspectivas. Las capacidades distintas son una diferencia que es consecuencia de la relación entre el mundo circundante y la persona que -ya sea por una lesión, una enfermedad u otras causas- tropieza con una dificultad mayor a la considerada “normal” para desarrollarse en la vida. En virtud de ello requiere apoyos especiales y/o ajustes razonables: éste es el nuevo enfoque de derechos pretendido.

En este sentido la ley vigente en la Ciudad establece <sup>15</sup>: “[Derechos]. Son derechos de todas las personas en su relación con el Sistema de Salud Mental: Los establecidos por la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, y la Ley N° 153 en su artículo 4°; A la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia; El respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención; A no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico; A la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención; A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento; La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales; El tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad; La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad; La rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria; A la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional”.

Por otra parte, las personas con discapacidad psicosocial que pasaron largos años internadas cargan con ese estigma de por vida, ello conlleva un deterioro en su calidad de vida que culmina en trayectorias de violencia, precariedades y expulsiones del sistema.

---

15 Ley de Salud Mental Nro. 448, art. 3. Adviértase que su promulgación data del 27/07/00 y su reglamentación mediante DECRETO N° 635/004 (BOC-BA N° 1927) del 26/04/2004.

El estigma es una construcción social vinculada en gran medida al aislamiento en el que viven estos seres, al prejuicio, y al imaginario que relaciona locura con violencia. Este derrotero culmina en la violación sistemática de sus derechos y es el Estado quien -a través de sus operadores- puede y debe revertir esta situación.

En este entendimiento también debe modificarse la designación de las personas con padecimientos mentales porque el umbral de designación tiene como contracara la exclusión. Por eso, de “demente”, “impedido” o “loco” debe nombrarse a quienes tienen trastornos mentales como “personas”, eventual y transitoriamente vulnerables.

La desestigmatización hace a la dignidad de las personas, y ello implica que un diagnóstico no las defina; lo que me lleva al siguiente factor determinante.

### *2.ii. Desmedicalización*

En tanto se entiende a la salud mental como producto de un proceso psicobiosocial, es dable quitar el “rótulo” de “enfermo” a quien tiene padecimientos mentales. En tal sentido, la condición por la que atraviesa la persona con un padecimiento mental no puede convertirse en un estado permanente que -a partir de un diagnóstico médico- modifique a alguien de por vida. A partir de esta idea, la ley entiende que un diagnóstico es revisable periódicamente, y que su tratamiento no debe ser abordado solamente por la psiquiatría. De allí lo del equipo interdisciplinario al que *ut supra* se hizo referencia.

La PPM tiene el derecho a que un diagnóstico no sea inmodificable, lo que encuentra fundamento en el concepto de pautas dinámicas que se basan en la superación del concepto de la locura como proceso crónico que acompañaba a una persona a lo largo de toda su vida.

Así, el art. 3 de la LSM propone superar el modelo médico que se limita a un mero criterio psiquiátrico para justificar el despliegue de mecanismos jurídicos a favor de las personas con discapacidad. Se completa con el art. 12 en tanto establece que *“La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evalua-*

*ciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios*". En igual sentido, destaco los arts. 15 en cuanto a que la internación se debe basar en criterios terapéuticos interdisciplinarios, ser lo más breve posible y nunca para resolver problemáticas sociales o de vivienda, y 18 en tanto si ello ocurriera prevé que si la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social el juez ordene al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible. Completa esta mirada el art. 19, inc. b) de la CDPD: "(...) *Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta*".

Incluso cuando el art. 9° refiere a que el proceso de atención se realice preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud, se alude a la desmedicalización excesiva, orientada al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. En consonancia el art. 19, inc. b. de la CDPD dice que: "(...) *Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta*".

### *2.iii. Desjudicialización*

El Derecho Civil clásico -de sesgo liberal- preveía en el Código de VÉLEZ que la persona demente era incapaz si así había sido declarada en juicio. Por ende, era privada de sus derechos civiles e incluso de su libertad.

Sin embargo, con la reforma del Código Civil y Comercial se introduce una nueva visión de la capacidad. En efecto, dentro de los nuevos conceptos superadores del binomio capacidad/discapacidad, se incorpora el de capacidades graduales, el que alude a preservar el aspecto sano, o en términos jurídicos el de preservación de la capacidad de la persona. Ello refiere a que con el nuevo

Código el principio general es el de capacidad, con excepciones y para determinados actos en punto a su ejercicio. En alusión a las PPM, la sentencia de un juez -basada en la opinión de un equipo- y como *ultima ratio*, hará referencia a qué actos no puede ejercer por sí la PPM, y por cuánto tiempo; conteste ello con que tanto las sentencias cuanto las internaciones son revisables periódicamente.

Lo cierto es que si se considera que la PPM es un sujeto de derecho en situación de extrema vulnerabilidad, la judicialización de su problemática no coadyuva a la preservación de su capacidad, al fomento de su autonomía de la voluntad ni su inclusión social, ni resulta conteste con los factores determinantes *ut supra* mencionados como la desestigmatización y la desmedicalización.

Resultando la internación la *ultima ratio* y la incapacidad de ejercicio de derechos una circunstancia excepcional, la intervención judicial debe limitarse a los casos de internación involuntaria y/o de privación de derechos cuando no existieren otras alternativas viables. Y en aquellos casos en los que se solicite la intervención de un magistrado -máxime considerando que el proceso de restricción de capacidad de una persona no tiene contraparte, lo que implica que no hay igualdad de las partes que el juez deba atender- puede y debe resultar de proximidad. Por ende, los típicos juicios de insania en los que se declaraba demente a una persona y se archivaban los expedientes durante años (a veces mientras los seres humanos que esos expedientes representaban se encontraban confinados en neuropsiquiátricos) deben mutar a un nuevo proceso en el que se trabaje con herramientas distintas a las tradicionales: una Justicia interdisciplinaria, de proximidad, activa, integral (en tanto debe mirar no sólo la problemática judicial sino el contexto social en el que la persona se desarrolla a fin de contar con elementos suficientes para detallar en la sentencia cómo serán las restricciones que tendrá en el futuro, en quiénes se podrá apoyar y de qué manera el sistema médico y estatal coadyuvarán para intentar que la PPM supere su situación de vulnerabilidad), y sobre todo, presente. La ley estipula la revisión periódica de los procesos de insania a fin de evitar cronificaciones innecesarias e internaciones de largo plazo. En tal sentido, la LSM propone cambios en la tramitación de las insanias, con una participación más activa de los magistrados, sin embargo del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación aún no se ha modificado en consecuencia.

Así, y a diferencia de otras épocas, actualmente el art. 19 de la LSM prevé que: *“La internación es una instancia del tratamiento que evalúa y decide el equipo interdisciplinario cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. Cuando ésta deba llevarse a cabo es prioritaria la pronta recuperación y resocialización de la persona. Se procura la creación y funcionamiento de dispositivos para el tratamiento anterior y posterior a la internación que favorezcan el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de la persona internada, con sus familiares y allegados, con el entorno laboral y social, garantizando su atención integral”*. Y el art. 24: *“Las internaciones de personas con padecimiento mental podrán ser mantenidas por períodos máximos renovables de un (1) mes”*.

Ello significa que ya no es el Magistrado -previa opinión de un médico forense- quien dispone privar a una persona de sus derechos (incluso de su libertad), sino un equipo interdisciplinario, y el pronunciamiento judicial no tiene carácter de permanente.

La Ley 26.657, prevé el derecho de la persona con padecimiento mental a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración laboral, familiar y comunitaria, que el proceso de atención sea preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, con abordaje interdisciplinario e intersectorial con acciones de inclusión social laboral y de atención en salud mental comunitaria y promueva el desarrollo de dispositivos tales como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral, casa de convivencia, hospitales de día, hogares y familias sustitutas, entre otros (confr. arts. 7, inc.d], 9 y 11).

#### *2.iv. Desinstitucionalización (o “desmanicomialización”)*<sup>16</sup>

Al hablar de externación -proceso de restitución de derechos, desinstitucionalizador, que revierte los daños generados por la reclusión excesiva y en el que la vuelta a la comunidad implica una reincorporación a una vida libre, digna y en comunidad- se pretende

---

16 Prefiero no utilizar la palabra desmanicomialización por cuanto posee una fuerte carga emotiva y se encuentra sobre ideologizada. El concepto de desinstitucionalización entiendo que es el más acorde a los procesos graduales por los que debe atravesar una persona en el camino de su externación y posterior inclusión social.

romper con el neuropsiquiátrico como centro de vida de las PPM. Es por ello que he enumerado éste en último término. La centralidad del hospital perpetúa la dependencia de las personas hacia un determinado sistema de vida que impide la realización de los otros factores: erradicar el estigma, la interdicción civil y el acceso a otros efectores de salud (polivalentes). Pero para ello el Estado debe cumplir con su obligación de proveer activamente el acceso pleno y en igualdad de condiciones a todos los derechos y, fundamentalmente crear dispositivos suficientes centrados en la comunidad que atiendan a la salud mental de manera integral <sup>17</sup>.

Tanto la LSM cuanto la ley 448 prevén la internación de una persona como situación excepcional. Es conteste en ello el CCC al establecer los requisitos de internación involuntaria (se deja de lado el criterio abstracto de “peligrosidad” y se establece que será viable cuando la persona pueda ser susceptible de causarse un daño a sí misma o a un tercero). Pese a la claridad de la normativa, la práctica continúa entendiendo que la internación y asilamiento siguen siendo las formas de tratamiento usuales. Esto es: lo que debería ser excepcional, se torna habitual.

El citado código establece en su art. 41 que la internación involuntaria de una persona debe estar fundada en una evaluación de un equipo interdisciplinario de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 37, que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad y el art. 15 de la LSM que la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

Aun con su amplia carga emotiva, el principio de desmanicomianización está previsto en el art. 27: *“Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso*

---

17 V. Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio, (2015), 1<sup>a</sup> ed., Bs. As., CELS.

*de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos”.*

Como principio se establece el carácter excepcional y restrictivo de las internaciones en instituciones psiquiátricas, reservada a aquellos casos en los que no resulten posibles los abordajes ambulatorios y mediare situación de riesgo cierto e inminente. En efecto, el art. 20 dispone: *“La internación involuntaria es un recurso terapéutico excepcional y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo médico mediare situación de riesgo cierto para sí o para terceros”.*

Es conteste con ello el CCC en tanto prevé que la internación involuntaria sólo procede si se cumple con los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de esta sección. En particular: a) fundada en una evaluación de equipo interdisciplinario que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad, b) sólo ante la existencia de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros, c) recurso terapéutico de carácter restrictivo, d) debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica (arts. 41 y 42).

En definitiva, resalta de los cuatro factores una frase que los abarca y creo que representa el cambio de paradigma propuesto: enfermedad no es identidad.

### *3. Política Pública de Salud Mental*

A partir de esta interrelación normativa, la hipótesis que se pretende articular es que las normas locales propician claramente la desinstitucionalización progresiva, que ésta sólo puede instrumentarse desde la salud pública y que el Estado local no tiene una política de gobierno tendiente a cumplir con dicha manda. Antes bien, el aumento presupuestario imputable a los hospitales monovalentes así como la derivación de gastos al sector privado refuerzan la hipótesis vinculada a que no existe voluntad política de llevar a cabo las reformas necesarias al sistema de salud mental vigente. En efecto, tanto el artículo 21 de la CCABA, cuanto las Leyes Nros. 153 Básica de Salud y 448 de Salud Mental recono-

cen la condición de sujetos de derecho de los usuarios, garantizan la atención en una red de servicios y propenden a la desinstitucionalización progresiva, resultando la internación un recurso de última instancia en el marco de un sistema de fortalecimiento a la reinserción social a través de dispositivos alternativos. La citada LSM prohíbe la creación de nuevos manicomios y estableció que los existentes deben adaptarse a los objetivos de la ley hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos<sup>18</sup>. Pese a ello, la asistencia sanitaria mental en la Ciudad continúa basándose en el modelo manicomial en abierta contradicción con la normativa vigente.

Para corroborarla -y toda vez que entiendo que el único modo de efectivizar el mandato legal es mediante una clara estrategia sanitaria-, debe abordarse la salud mental desde la perspectiva de la salud pública porque ello hace un concepto de la locura como una construcción histórica sociocultural<sup>19</sup>. El rol del Estado en el mejoramiento y la preservación de la salud mental de los individuos es el de garante<sup>20</sup> principal o subsidiario -según el caso- y se encuentra intrínsecamente relacionado con las políticas públicas que se formulen sobre el particular, así como con las cuestiones presupuestarias de cada Estado.

Entender y delimitar qué tratamiento se le da a la salud pública en un momento histórico determinado coadyuvará a una mejor comprensión del por qué no se avanza en punto a la modificación de la hegemonía manicomial existente. El principal argumento deviene la falta de decisión política ya que tal cambio importa modificar pautas sociales y culturales instaladas, así como quebrar fuertes intereses económicos instaurados tales como los vinculados a la mercantilización de la medicina, el giro comercial de los laboratorios, el flujo de ingresos de las obras sociales y empresas de medicina prepaga y hasta ciertas prácticas habituales que se dan en el marco de la salud pública.

Ahora bien, en tanto el objetivo no es hacer una denuncia de las citadas prácticas -a criterio de la suscripta, ilegales, por cuanto cho-

---

18 Artículo 27 de la Ley de Salud Mental Nacional N° 26.657.

19 Así es entendida por la Ley N° 448 en el Artículo 2°, inc. b).

20 Con fundamento en los Artículos 1° y 2° de la Ley N° 448.

can contra la normativa vigente <sup>21</sup>-, debe formularse una conceptualización temática y su parangón con la realidad actual, propiciando los cambios que se entienden deberían operar en el sistema para otorgar viabilidad a las herramientas legales ya existentes. Para ello, resulta importante realizar un abordaje vinculado al costo que la salud mental implica para el Estado. En este análisis se debe evaluar el presupuesto local en materia de salud en general, su imputación a la salud mental, si resulta atinada la invocación de restricciones en la materia como justificación del incumplimiento por parte del Estado y/o si el problema radica en una mala distribución de los recursos existentes.

Máxime, a la luz de lo establecido por la LSM en cuanto a que las partidas enviadas por el Ejecutivo al Congreso deben incrementarse en forma progresiva y en un plazo no mayor a tres años desde la sanción de la ley hasta que la salud mental constituya el 10 % del presupuesto total en salud <sup>22</sup>.

“Necesitamos invertir sustancialmente más en salud mental, y debemos hacerlo ahora”, ha sostenido la OMS en el año 2004. El organismo propone que “se asigne una mayor proporción de los presupuestos nacionales para desarrollar una adecuada infraestructura y servicios, lo que importa inversión financiera y en recursos humanos” <sup>23</sup>.

Si bien es cierto que el cambio de paradigma normativo resulta sustancial, no lo es menos que deviene insuficiente y por ende, se considera necesaria una profunda reforma del sistema de salud mental, ya que sólo de ese modo podrán hacerse plenamente operativos los cambios propuestos por la normativa vigente. Esta mutación excede lo meramente técnico (por caso, no se debe limitar a la modernización de prácticas terapéuticas sino que implica constituir

---

21 Al respecto no sólo violan las normas vinculadas a la salud mental en particular, sino también las leyes de los “Derechos de los Pacientes en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” (Ley N° 26.529, BO 20-11-2009) y el “Marco regulatorio de la medicina prepaga” (Ley N° 26.682, BO 17-5-2011), que también impactan en cuestiones vinculadas a la salud pública pero cuyo análisis excedería el marco propuesto por esta tesista.

22 Artículo 32 LSM.

23 Cfr. OMS, de la introducción de *Invertir en salud mental*, 2004, Ginebra, traducción del Dr. Itzhak LEVAV, <http://www.who.int/mental.health>, p. 3.

un proceso de reorganización de los servicios de salud mental). Ello importa un proceso social complejo, en tanto son necesarios cambios en varias dimensiones (epistemológicas, técnico asistenciales, jurídico políticas y socioculturales).

La ley es una de las herramientas del cambio necesario en materia de salud mental. Sin embargo, dada la lectura compleja que implica el proceso de la enfermedad mental, su ligazón con los derechos humanos de los enfermos, particularmente los internados en los hospitales públicos monovalentes de la Ciudad, resulta necesario complementarla con las políticas públicas acordes para llevar adelante las reformas al sistema que impliquen el cambio de paradigma propuesto por los acuerdos internacionales receptados por las leyes.

En coincidencia con lo que sostiene el Prof. FERRAJOLI, el problema actual no está dado por la declaración de los derechos sociales, sino por su efectividad, y quizás -tal como argumenta el citado jurista- deberían dictarse normas de aplicación, toda vez que -por caso en la Ciudad de Buenos Aires- aun existiendo una cláusula cerrojo (art. 10 de la CCABA), una ley básica de Salud (Nro. 153) y una ley de Salud Mental (Nro. 448), el derecho a la salud mental dista de ser operativo.

“La institucionalización a gran escala y los abusos que la acompañan se deben, en gran medida, a décadas de una política que invierte en grandes instituciones que segregan a las personas, en lugar de elaborar políticas y destinar los recursos necesarios para el desarrollo de servicios adecuados de atención en salud mental y apoyo en las comunidades”<sup>24</sup>.

Debe partirse de una premisa básica: la salud mental no integró la agenda pública del gobierno nacional ni del local durante los últimos 20 años. Sin embargo, cabe aclarar que a partir del año 2010 -en el que se sancionó la ley 26.657- comenzó a instalarse el tema a nivel federal. En la Ciudad, en cambio, pese a la existencia de una ley de salud mental desde hace años, el tema resulta aún una deuda pendiente.

Hablar de la salud mental desde la salud pública, importa tomar como instrumentos señeros, la “Declaración de Caracas”<sup>25</sup> mediante

---

24 Confr. CELS y MDRI, *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos*, 2008, Bs. As., Siglo XXI ed., pág. 11.

25 “Conferencia Regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud”, v. en el Cap. II la referencia.

la que a partir del año 1990 -y con el lema “sí a la inclusión, no a la reclusión”-, la OPS comienza a promocionar una reestructuración de la atención psiquiátrica basada en una relación estrecha entre derechos humanos y salud mental, y la Ley de Salud Mental ya citada (incluidos los instrumentos internacionales que la norma incorpora como propios). Entre los lineamientos que sientan para modificar el paradigma manicomial, se propone revisar críticamente el rol hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico y capacitar los recursos humanos necesarios con un modelo que tenga como eje la atención primaria y su formación en servicios de salud mental comunitaria.

En el análisis que aquí se formula, la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires, así como sus particularidades socio económicas la convierten en un ámbito en el que las prácticas antimanicomiales pueden ser llevadas a cabo ya que no sólo existe en andamiaje normativo que así lo prevé, sino que además, están dadas las condiciones políticas y presupuestarias que permitirían lograr tal fin.

Por caso, no está de más señalar que frente a la crisis que atraviesa el sector de la salud <sup>26</sup>, si los costos resultan insuficientes para cubrir prestaciones en general, huelga decir que la salud mental ni se incluye como tema de análisis. Por ende, el profundo y necesario cambio debe partir del Estado, dando cumplimiento a los compromisos internacionales asumidos mediante la constitucionalización de los Tratados Internacionales, y poniendo en acción la normativa vigente.

#### IV. Salud mental y tercera edad <sup>27</sup>

La Constitución de la Ciudad protege a la vejez en su art. 41, que establece:

*“La Ciudad garantiza a las personas mayores la igualdad de oportunidades y trato y el pleno goce de sus derechos. Vela por su protección y por su integración económica y sociocultural, y promueve la potencialidad de sus habilidades y experiencias. Para ello de-*

---

26 V. “La salud y sus costos” publicado en el Diario La Nación del 4/02/18, [www.comunidaddenegocios.com.ar](http://www.comunidaddenegocios.com.ar).

27 Al respecto, véase el artículo de Verónica CARMONA BARRENECHEA y María Virginia GOROSITO que se encuentra en esta obra.

*sarrolla políticas sociales que atienden sus necesidades específicas y elevan su calidad de vida; las ampara frente a situaciones de desprotección y brinda adecuado apoyo al grupo familiar para su cuidado, protección, seguridad y subsistencia; promueve alternativas a la institucionalización”.*

En cambio a nivel nacional si bien la referencia constitucional a la vejez o tercera edad, se encuentra en los principios de la seguridad social previstos en el art. 14 bis, ya la Constitución del '49 contenía disposiciones al respecto, y los Tratados mencionados en el párrafo anterior también incluyen la temática. En el año 2015 la OEA aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores que aún no ha sido ratificada por Argentina pero cuyas definiciones son importantes para determinar los alcances del art. 41 citado<sup>28</sup>. También se destaca, en esta línea, el Convenio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) N° 102/1952 “Norma Mínima de la Seguridad Social” que establece un piso mínimo en el nivel de las prestaciones de la seguridad social y las condiciones para poder acceder a las mismas, que fuera ratificado por nuestro país en el año 2011<sup>29</sup> y se vincula con el establecimiento de “Pisos de protección social”, una iniciativa de la Organización de Naciones Unidas liderada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) junto a la Organización Mundial de la Salud. La nueva Recomendación OIT en materia de Seguridad Social “sobre los Pisos de Protección Social”, parte de la concepción del derecho de la seguridad social como un derecho humano e importante herramienta para prevenir y reducir la pobreza, la desigualdad, la exclusión social, promover la igualdad de oportunidades, la igualdad de género y la igualdad racial: el “Piso de Protección Social” -*Social Protection Floor*- entendido como un conjunto integrado de políticas sociales, diseñado para garantizar a toda persona la seguridad de los ingresos y el acceso a los servicios sociales esenciales; prestando especial atención a los grupos vulnerables y protegiendo a las personas a lo largo del ciclo de vida. Este documento se convierte así en un enfoque nuevo e integral de la protección social centrada

---

28 V. comentario de la Dra. DABOVE al art. 41 de la CCABA en la *Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Ed. Comentada dirigida por la Dra. BASTERRA, ed. Jusbaire, págs. 479 y ss.

29 Ley N° 26.678.

inicialmente en las prestaciones básicas, que pueden introducirse de forma gradual y pluralista para responder a las circunstancias concretas de cada país y de acuerdo con la capacidad institucional y financiera existente; adoptando un enfoque holístico de la protección social, con especial atención a los grupos vulnerables.

Confluyen ambos derechos en la Convención Interamericana sobre Protección de los derechos de las Personas Mayores ya citada -cuyos postulados fueron incorporados por el país mediante la Ley 27.360<sup>30</sup>- en tanto promueve y protege la salud de las personas mayores. Tanto la OMS cuanto la CEPAL señalan que en las próximas décadas habrá más gente mayor que niños en el mundo y se prevé que en el año 2025 este número ascenderá a 190 millones de personas en América latina y el Caribe. En este tenor, el fallo “Pedraza, Héctor Hugo c/ANSES s/Acción de Amparo”<sup>31</sup> pone el foco en el acceso a la Justicia, reconociendo que uno de los grupos vulnerables que define la Constitución Nacional -los jubilados- se ven impactados directamente, al no lograr “obtener respuestas de los jueces cuando efectúan un reclamo en torno a su prestación previsional, de neto carácter vital y alimentario”. Los derechos reconocidos y analizados *ut supra* se profundizan -en palabras de la CSJN- a partir de lo establecido en el art. 75 inc. 23 de la norma fundamental, “ya que el constituyente reformador de 1994 ha introducido las acciones positivas con el fin de garantizar la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los Tratados internacionales y, en lo que respecta a la cuestión en debate, en particular respecto de los ancianos” (Fallo “Sánchez”).

Evidentemente el derecho de las personas mayores constituye un tema poco explorado pese a que la vejez es una etapa vital que se extiende cada vez más en el tiempo. Por ello, no puede dejarse sin protección a un sector de la población que muchas veces atraviesa por situaciones de extrema vulnerabilidad en cuyo marco, puntualmente en relación con el tema en análisis, adquiere una particular dimensión la cuestión vinculada a la salud mental. Ello así, en tanto los adultos mayores muchas veces cursan su ancianidad con en-

---

30 Aprobada en 2017. Existe un proyecto de Ley identificado como S-2539/17 que propugna otorgar jerarquía constitucional en los términos del art. 75 inc. 22) de la CN a la citada Convención.

31 CSJN, *Fallos*, Competencia N° 766. XLIX, 06/05/14.

fermedades que generan trastornos mentales, y he aquí el delicado equilibrio que implica el respeto por sus derechos, la protección de su estado de vulnerabilidad y los nuevos parámetros propuestos por las leyes. Así, no sólo la ley mental, sino también la propia Constitución local restringen los casos de internación a la última alternativa viable. Sin embargo, día a día se advierte cómo los adultos mayores son internados en psicogerítricos sin su consentimiento ya que estas normas no se respetan.

La normativa vinculada a las capacidades graduales -cuya profundización excedería el marco del análisis aquí propuesto- también debería aplicarse a los adultos mayores. Quizás de modo inverso, pero preservando el aspecto sano de la persona, respetando su derecho a envejecer dignamente y con un sistema de apoyos que permita acompañar gradualmente la pérdida de capacidades que se vayan generando con los años.

Al igual que hiciera referencia al hablar de PPM en cuanto a que un diagnóstico no identifica a la persona, tal concepto se transpola a la tercera edad. Vejez no es identidad. Se es persona, sujeto de derecho en situación de vulnerabilidad, persona adulta mayor con padecimientos mentales; no viejo.

Estas observaciones implican que lo referido hasta acá en punto al análisis de la situación de las PPM en la CABA se ve agravado cuando éstas son personas mayores. Sin embargo, la normativa es clara en punto al tratamiento que debe darse a la temática, evitando el hospitalismo y el abandono. Por caso, claramente la problemática de la internación de los adultos mayores -que perciben en su gran mayoría una jubilación mínima que al mes de marzo 2018 oscila entre los \$ 7660 y los \$ 7790)<sup>32</sup>, aun cuando resultara necesaria, se ha convertido en un gran problema actual que las obras sociales no parecen dispuestas a solventar y que ha generado gran judicialización de la temática.

## V. Conclusiones

Tengo para mí, que tanto la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, cuanto la Ley de Salud Mental N° 448 sientan lineamientos

---

32 Conforme último aumento aprobado mediante Res. 2-E/2018 de la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo de la Nación que fija el aumento según el valor de la movilidad a dicho mes en 5,71%. Montos estimados conforme Clarin.com del 15-02-18 a las 9.57 hs.

para modificar el paradigma manicomial. Es mi propuesta se revise críticamente el rol hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico y se capacite a los recursos humanos necesarios con un modelo que tenga como eje la atención primaria y su formación en servicios de salud mental comunitaria. El Estado local no ha avanzado en este objetivo, y ello importaría un incumplimiento de los deberes que le son propios. Los documentos internacionales ponen énfasis en la importancia de los sistemas locales de salud establecidos por los países de la región para facilitar las metas propuestas, en tanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en necesidades de la población de características descentralizadas, participativas y preventivas <sup>33</sup>. En el análisis que aquí se formula, la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires, así como sus particularidades socioeconómicas la convierten en un ámbito en el que las prácticas antimanicomiales pueden ser llevadas a cabo ya que no sólo existe en andamiaje normativo que así lo prevé, sino que además, están dadas las condiciones políticas y presupuestarias que permitirían lograr tal fin. A ello debe sumársele la promulgación y reglamentación de la LSM y el CCC.

La hipótesis en comentario y que se pretende articular es que las normas locales propician claramente la desinstitucionalización progresiva, que ésta sólo puede instrumentarse desde la salud pública y que el Estado local no tiene una política de gobierno tendiente a cumplir con dicha manda. Antes bien, el aumento presupuestario imputable a los hospitales monovalentes así como la derivación de gastos al sector privado, refuerzan la hipótesis vinculada a que no existe voluntad política de llevar a cabo las reformas necesarias al sistema de salud mental vigente. En efecto, tanto el art. 21 de la CCABA, cuanto las leyes Nro. 153 Básica de Salud y Nro. 448 de Salud Mental reconocen la condición de sujetos de derecho de los usuarios, garantizan la atención en una red de servicios y propender a la desinstitucionalización progresiva, resultando la internación un recurso de última instancia en el marco de un sistema de fortalecimiento a la reinserción social a través de dispositivos alternativos. La citada LSM prohíbe la creación de nuevos manicomios y estableció que los existentes deben adaptarse a los objetivos de la ley hasta su sustitución definitiva por

---

33 Confr. considerando 2. de la Declaración de Caracas.

dispositivos alternativos<sup>34</sup>. Pese a ello, la asistencia sanitaria mental en la Ciudad continúa basándose en el modelo manicomial en abierta contradicción con la normativa vigente.

Entender y delimitar qué tratamiento se le da a la salud pública en un momento histórico determinado, coadyuvará a una mejor comprensión del por qué no se avanza en punto a la modificación de la hegemonía manicomial existente. El principal argumento deviene la falta de decisión política ya que tal cambio importa modificar pautas sociales y culturales ya instaladas, así como quebrar fuertes intereses económicos instaurados tales como los vinculados a la mercantilización de la medicina, el giro comercial de los laboratorios, el flujo de ingresos de las obras sociales y empresas de medicina prepaga y hasta ciertas prácticas habituales que se dan en el marco de la salud pública.

Máxime, a la luz de lo establecido por la LSM en cuanto a que las partidas enviadas por el Ejecutivo al Congreso deben incrementarse en forma progresiva y en un plazo no mayor a tres años desde la sanción de la ley hasta que la salud mental constituya el 10% del presupuesto total en salud<sup>35</sup>.

Si los cuatro factores nombrados al inicio de este artículo comenzaran -cuanto menos gradualmente- a cumplirse por parte de todos los operadores del sistema, creo que el cambio sería posible. En definitiva, y por lo hasta aquí expuesto, en la Ciudad el derecho a la salud mental es autónomo, y por ende, estoy convencida de que cambiar la vida de miles de personas -incluso de muchos adultos mayores- que sufren es posible.

## Bibliografía

### I. Fuentes documentales

1. Constitución de la Nación Argentina.
2. Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Texto Sancionado por la Convención Constituyente, Ed. Abeledo-Perrot).
3. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana) (Bogotá, Colombia, 1948).

---

34 Art. 27 de la Ley de Salud Mental Nacional Nro. 26.657.

35 Art. 32 LSM.

4. Declaración Universal de Derechos Humanos (Adoptada y Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A [III], de 10 de diciembre de 1948.

5. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica 22/XI/1969) ley 23.054 sancionada 1/III/1984; promulgada 19/III/1984.

6. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ley 23.313 (sancionada 17/IV/1986; promulgada 6/V/1986; B.O. 13/V/1986).

7. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo facultativo ley 23.313 (sancionada 17/IV/1986; promulgada 6/V/1986; B.O. 13/V/1986).

8. Convención sobre los Derechos del Niño ley 23.849 (sancionada 27/IX/1990, promulgada 16/X/1990; B.O. 0.22/X/1990).

9. Ley de Salud Mental de la CABA N° 448.

10. Ley Nacional de Salud Mental N° 25.657 (y Dec. Regl. N° 636).

11. Ley de los Derechos del Pacientes en su relación con las instituciones y los profesionales de la Salud N° 26.529 (modif. Por la Ley N° 26.742).

12. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (aprobada por ley 27.044).

## II. Fuentes bibliográficas

1. BASAGLIA, Franco, 2000, *La ciencia y criminalización de las necesidades*, Ed. Topía, Colección Fichas para el Siglo XXI.

2. BASAGLIA, Franco, 2008, *La condena de ser loco y ser pobre: Alternativas al manicomio*, Buenos Aires, Topía Ed.

3. BASAGLIA, Franco, 1999, *Razón, Locura y Sociedad*, México, Ed. S. XXI.

4. GALENDE, Emiliano; KRAUT, Alfredo, 2006, *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

5. GOFFMAN, Erving, 1961, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 2° ed. 2007.

6. GOFFMAN, Erving, 2008, *Estigma: la identidad deteriorada*, España, 2ª ed. Amorrortu.

7. KRAUT, Alfredo, 2006, *Salud Mental. Tutela Jurídica*, Buenos Aires, Rubinzal-Culzoni.

8. MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL (MDRI) y CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS), 2ª ed., 2008, *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*, Buenos Aires, Siglo XXI Editora.

9. *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*, CELS, 1ª ed., 2015, Buenos Aires. CDD 362.21, www.cels.org.ar

10. PETRELLA, Alejandra B.:

*Salud Mental y Salud Pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un nuevo abordaje desde el derecho administrativo constitucional* (2015), Ed. RAP, Buenos Aires.

*Constitución de la CABA. Edición comentada* (2014), Ed. Jusbaire.

“Las personas con capacidades diferentes y su derecho a una salud integral en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Revista Actualidad en el Derecho Público N° 21/23. 9º año, Ed. Cuatrimestral, enero/diciembre 2003.

“Las personas con capacidades diferentes”. Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales Universidad y Discapacidad reconocer la diferencia para proteger la igualdad (5 al 7 de julio de 2006). Síntesis publicada en el Libro de resúmenes editado por la Facultad de Derecho de la UBA y la Red Interuniversitaria Nacional (Año 2006, p. 47). Texto completo en CD editado por Carrera Docente de la Facultad de Derecho de la UBA.

“Un nuevo enfoque de la Salud Pública”, Revista de la Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Nro. 4, Diciembre 2011.

“Salud pública, servicio público y derecho a la salud” en *Cuestiones de Intervención Estatal, Servicios Públicos, Poder de Policía y Fomento*, 1ª ed. Buenos Aires, RAP, 2011.

“Es Posible la Clínica desde una Mirada de Derechos”. Articulación Interdisciplinaria como único modo. Revista CLEPIOS, Buenos Aires, primer semestre de 2012, pág. 113/114.

“Deconstrucción Manicomial en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, publicado el 13/06/13, libro *Implementación de Sentencias Judiciales Colectivas Derechos Económicos, sociales y culturales*. Publicación de la Asesoría Tutelar de la CABA.

“La dignidad humana y los padecimientos mentales: una relación en construcción”, realizado conjuntamente con la Dra. Ana HELLER y la Dra. Adriana VILARNOVO. Publicado por la Revista Salud Mental

y Comunidad dirigida por Emiliano GALENDE. ISSN: 2250:5768 ( la Universidad de Lanús.

“Articulación Multidisciplinaria como modo de abordaje de la relación entre Derecho y Salud: Una construcción desde la perspectiva de los Derechos Fundamentales”, presentado en “Premio Integración en Derecho y Salud 2014”, organizado por el Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Mención especial.

“La Salud Mental enfocada desde la perspectiva de la salud pública”, 2014, Revista Argentina Brasileña de Derecho Público, en ed., ponencia correspondiente a las segundas Jornadas Argentino Brasileñas de Derecho Público realizadas el 29 y 30 de agosto en la Ciudad de Villa La Angostura, Neuquén.

“Los Locos de Buenos Aires”, publicado por el libro *15 años del Centro de Formación Judicial*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial Jusbaire, Abril de 2015.