

**Informe alternativo para la evaluación del Estado argentino en el Tercer  
Ciclo del Examen Periódico Universal 2017 del Consejo de Derechos  
Humanos**

**Políticas inclusivas para las personas con discapacidad mental**

**Derechos de las personas con discapacidad y derecho al nivel más alto  
posible de salud física y mental<sup>1</sup>**

**I. Paralización y retrocesos en el objetivo de la sustitución total de los  
hospitales psiquiátricos monovalentes para el año 2020**

1. La evaluación del Estado argentino por parte de los órganos de los tratados de derechos humanos ha reafirmado la obligación del Estado de velar por las precarias condiciones de vida de las personas internadas de forma involuntaria en hospitales psiquiátricos y poner fin a la práctica de la institucionalización prolongada o indefinida por motivos de discapacidad mental<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) es una organización no gubernamental que trabaja desde 1979 en la promoción y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento del sistema democrático en Argentina. Desde 1982 el CELS cuenta con un equipo de salud mental, y desde 2004 desarrolla una agenda de trabajo sobre los derechos de las personas internadas en hospitales psiquiátricos. Los objetivos principales de esta agenda son: denunciar las violaciones a los derechos humanos; incidir en los procesos de formulación de políticas públicas; impulsar reformas legales e institucionales tendientes al mejoramiento de las instituciones estatales; y promover el mayor ejercicio de estos derechos para este colectivo.

La Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) es una organización fundada en 2002, apartidaria, sin fines de lucro, dedicada a la defensa de los derechos de los grupos más desfavorecidos de la sociedad y el fortalecimiento de la democracia en Argentina. El área de discapacidad y Derechos Humanos tiene como objetivo promover y ejecutar acciones para la construcción de una sociedad más justa, igualitaria e inclusiva para las personas con discapacidad. Partimos de la identificación de las barreras existentes (culturales, jurídicas, físicas, actitudinales) y avanzamos desarrollando e implementando estrategias de incidencia para su superación.

<sup>2</sup> Conclusiones del informe del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre la primera evaluación del Estado argentino (2012); Lineamientos del Comité de la CDPD sobre el artículo 14 (2015).

2. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) - y las observaciones, resoluciones e informes de su Comité-, y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en particular a partir de la Observación general 14 sobre el artículo 12 sobre el “Derecho al goce del nivel más alto posible de salud física y mental”, así como sucesivas declaraciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina continental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen claras pautas y han sido enfáticos al establecer que la internación prolongada e involuntaria en instituciones psiquiátricas, lejos de sumar a la conservación de la salud, se constituye en una práctica iatrogénica e incapacitante, y genera las condiciones contextuales necesarias para que se susciten graves y estructurales violaciones a los derechos humanos.

3. La política pública de salud mental en Argentina está regida por la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM, Ley 26.657), sancionada en 2010 y reglamentada por el decreto 603/2013. La Ley incorpora en su contenido normativo estándares legales regionales e internacionales de derechos humanos y del ámbito de salud que reafirman la obligación del Estado de sustituir la institucionalización psiquiátrica indefinida por dispositivos de abordaje centrado en la comunidad y tendientes a la inclusión social.

4. En la Argentina los hospitales psiquiátricos monovalentes se encuentran entre aquellos en situación más crítica<sup>3</sup>, y en ese contexto prevalecen prácticas de negligencia, abandono y maltrato, además del sometimiento a condiciones precarias de vida. Como ejemplo, en la sección psiquiátrica del Hospital Dr. Alejandro Korn de la Provincia de Buenos Aires, la tasa de muertes por motivos evitables es 4 veces mayor a la media general de esa provincia, 7 veces mayor a la media de la Nación y 18 veces mayor al sistema penitenciario de esa provincia<sup>4</sup>.

5. En Argentina aún prevalece la internación prolongada y/o por períodos indeterminados de personas con discapacidad mental en grandes instituciones psiquiátricas monovalentes como principal política pública en materia de salud

---

<sup>3</sup> Según estimaciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en 2015 –una jurisdicción en la que está declarado el estado de emergencia hospitalaria- de los 4 hospitales en situación más crítica, 2 son hospitales psiquiátricos.

<sup>4</sup> Estos datos emergen de las presentaciones judiciales realizadas por la Comisión Provincial por la Memoria (CPM) en el marco de un habeas corpus colectivo y de las medidas de prueba solicitadas por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Movimiento Desmanicomializador de Romero (MDR) en el marco de un amparo colectivo de los derechos de las personas internadas en dicho hospital.

mental<sup>5</sup> 6.

### **A. Falta de un plan generalizado de externación sustentable de personas institucionalizadas**

6. Como ejemplo de la dimensión de la ausencia de planes de externación, está el caso de C., una mujer que ingresó el 12/12/1941, con 22 años, al Hospital Dr. Alejandro Korn, y falleció allí mismo en 2015 después de 74 años de internación ininterrumpida, desde el año 1992 no recibió más tratamiento psicofarmacológico porque según consta ya no lo necesitaba, ya se había acostumbrado a que su único destino era seguir encerrada<sup>7</sup>.

7. En los hospitales psiquiátricos el promedio de edad de personas internadas en condición de “crónicos” –es decir, aquellos que la institución prevé que no se van a recuperar de su cuadro psiquiátrico- suele ser bastante elevado, lo que es correlato de la prolongación indefinida de su internación en estos lugares. Como ejemplo, en el Hospital Dr. Alejandro Korn, en un cálculo realizado con base en tres salas de pacientes crónicos, con un total de 462 personas internadas, el promedio de tiempo de internación fue de 19,6 años y el rango se extendía entre 1 y 53 años, el mayor período de internación encontrado en este grupo de personas fue de 63 años<sup>8</sup>. Para estas personas el Estado a lo largo de décadas nunca previó ninguna alternativa para volver a vivir en la comunidad.

8. El último Plan Nacional de Salud Mental aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación data del año 2013, y este ya adolecía claridad política, metodológica y conceptual para orientar la política pública hacia la externación sustentable de las

---

<sup>5</sup> La dimensión federal de esta problemática fue señalada por los participantes del 2do Encuentro Anual de la Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos de Argentina, realizado en noviembre de 2016. En dicho encuentro participaron representantes de 14 organizaciones de la sociedad civil y usuarios de los servicios de salud mental de 11 provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las conclusiones del encuentro disponibles en: [www.redsaludmental.org.ar](http://www.redsaludmental.org.ar)

<sup>6</sup> En 2007 el CELS y Mental Disability Rights International (MDRI) publicaron la investigación *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*, donde se estimó que para ese año, el 75% de las personas atendidas en el sistema argentino de salud mental público se encontraban internadas en instalaciones de 1000 camas o más. La falta de datos actualizados sobre esta proporción, debido a la falta de producción por parte del Estado, no permite determinar si esa cantidad ha disminuido, se ha mantenido o se ha incrementado. El texto completo de la investigación citada, disponible en: [http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri\\_cels.pdf](http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf)

<sup>7</sup> El caso de C. fue relevado en el marco de la mesa de trabajo constituida a partir del amparo colectivo presentado por el CELS y el MDR. Los trabajadores del hospital y miembros del MDR reconstruyeron su historia de vida a partir de su historia clínica.

<sup>8</sup> Datos relevados en el marco de la mesa de trabajo constituida a partir del amparo colectivo presentado por el CELS y el MDR.

personas que habitan en hospitales psiquiátricos y que están en condiciones para vivir en un dispositivo centrado en la comunidad. Desde diciembre de 2015 a la fecha, la autoridad nacional en salud no ha dado cuenta de la adecuación de su política al plan nacional existente, ni ha generado un proceso para sustituirlo o actualizarlo.

9. Un preocupante retroceso fue la derogación de la resolución administrativa 1484/2015 que establecía las “normas mínimas para habilitación de establecimientos y servicios de salud mental y adicciones”. Esta medida surgió como parte del cumplimiento de una orden judicial y fue un paso muy concreto en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

10. Si bien esta resolución fue posteriormente restituida, al mismo tiempo fue también restituida una resolución del año 1986, dictada en un momento histórico en el que no existía la normativa que rige en la materia en la actualidad. Así quedaron vigentes de forma simultánea dos regímenes de habilitación de establecimientos de salud mental totalmente opuestos en lo que hace al abordaje del tratamiento de la salud mental.

11. En efecto, se legitiman las modalidades de internación a mediano y largo plazo en colonias psiquiátricas, figuras que condicen con un paradigma asilar que se encuentra perimido y debe ser reemplazado. Esto es contrario al mandato de la LNSM de avanzar en la sustitución de los hospitales psiquiátricos.

12. En los hechos, este contradictorio marco regulatorio prevé incluso la posibilidad de habilitar espacios para tratamientos biológicos como los shocks de insulina y las terapias electro-convulsivas (TEC) más conocidas como electroshock. Prácticas superadas ampliamente por los tratamientos actuales en salud mental, e incluso prohibidas de forma explícita en distintas normativas, al poder constituir prácticas equivalentes a la tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Esta última resolución fue impugnada de forma administrativa por organizaciones de derechos humanos y al cierre de este informe dicho planteo no había sido respondido por el Ministerio de Salud<sup>9</sup>.

## **B. Falta de dispositivos alternativos a la institucionalización con base residencial**

13. El correlato del cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos es la

---

<sup>9</sup> Asamblea Permanente de Usuarios de los Servicios de Salud Mental (APUSAM), Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI).

habilitación de dispositivos de atención de base residencial, donde las personas institucionalizadas puedan contar con un lugar donde vivir a la par de recibir un abordaje centrado en la comunidad. El Estado no ha avanzado en este sentido, por lo que este tipo de instituciones son muy escasas en el sector público, y de las existentes, la mayoría funcionan como extensiones de hospitales psiquiátricos.

14. De las escasas experiencias de externación existentes, la mayoría se mantienen de forma autogestiva dado el deficiente apoyo estatal. En algunas de ellas para poder acceder a una vivienda en la cual pudieran establecerse las personas externadas, los mismos profesionales del hospital psiquiátrico tuvieron que servir de garantes para el dueño del inmueble y incluso aunar recursos propios con los eximios recursos de las pensiones que reciben las personas internadas para poder pagar el alquiler mes a mes. En este contexto de inseguridad en la tenencia de un inmueble alquilado, siempre existe el riesgo que ante la incapacidad de sostenerlo, las personas ya externadas tengan que regresar a la internación de la cual tanto les costó salir<sup>10</sup>.

15. En este contexto, en diciembre de 2014, funcionarias de la Defensoría General de la Nación presentaron un amparo<sup>11</sup> contra el Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Agrupación Salud Integral –una entidad privada de prestación de servicios de salud-, en representación de cuatro personas que estaban en condiciones de acceder a la externación y que requerían continuar sus tratamientos en dispositivos comunitarios alternativos e intermedios, acción que no fue garantizada por el Estado luego de sucesivas solicitudes. Además, la acción judicial requería que la condena a favor de las cuatro personas que la iniciaran, tuviera efectos expansivos de modo que beneficiara a todas aquellas que se encontraran en las mismas condiciones.

16. La Justicia Nacional hizo lugar a la acción de amparo e intimó a los ministerios de salud de la Nación y de la CABA a adoptar las medidas necesarias para cumplir con lo dispuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo así como lo previsto por la Ley Nacional de Salud Mental, proveyendo dispositivos comunitarios aptos para la continuación del tratamiento de los actores, así como de todas las personas que se encuentren su misma situación y lo acrediten. Esta orden judicial sentó un precedente concreto

---

<sup>10</sup> Situaciones de este tipo fueron relevadas por el CELS en su investigación Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio, particularmente en dispositivos de externación de los hospitales psiquiátricos Esteves, Cabred y Montes de Oca, de la provincia de Buenos Aires. El informe completo de la investigación en: [www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro](http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro)

<sup>11</sup> S. A. F. y otros c/ Estado Nacional – Ministerio de Salud y otros s/ Amparo” (Expediente n° 074516/2014) de trámite ante el Juzgado N° 9 en lo Contencioso Administrativo Federal.

de la problematización de esta falencia estructural en la política pública de salud mental.

17. La respuesta de los poderes ejecutivos intimados por el poder judicial ha sido poco contundente. El ministerio de salud de la Nación informó la existencia de una serie de proyectos con la pretensión de dar cumplimiento a lo ordenado por el juzgado pero sobre ninguno de ellos ha acreditado su efectiva implementación. Su contraparte de la CABA enumeró los dispositivos con los que cuenta para la externación de las personas con discapacidad mental -6 en total para una población de internados muy superior- pero no informó qué medida adoptará para la creación de dispositivos nuevos, ni para ampliar la capacidad de los mismos.

18. La falta de dispositivos de residencia intermedios y centrados en la comunidad es una constante en las demás provincias del país.

### **C. Falta de redistribución presupuestaria**

19. La Ley Nacional de Salud Mental establece que el Poder Ejecutivo de la Nación debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un 10% del presupuesto total de salud.

20. En el ámbito nacional es muy difícil conocer cuánto dinero se gasta en salud mental debido a la escasa transparencia, claridad y precisión presupuestaria, al bajo nivel de desagregación en las partidas presupuestarias, la falta de precisión en la descripción de los programas, áreas y actividades en las cuentas de inversión; y la falta de precisión en las respuestas del Estado a requerimientos de acceso a la información pública.

21. A finales de 2016, el Ministerio de Salud de la Nación respondió a un pedido de acceso a la información pública mediante el cual comunicó que en el anteproyecto de presupuesto de 2017 se había incluido una sola actividad en salud mental dentro del Programa “Prevención y Control de Enfermedades Crónicas y Riesgos para la Salud”, la cual representa un ínfimo 0,19% en relación al monto total solicitado por el Ministerio.

22. De la información a que se pudo acceder, se evidenció la sub-ejecución y la disminución del porcentaje presupuestario destinado a la externación de pacientes en un hospital psiquiátrico monovalente<sup>12</sup> y en un hospital centrado en el abordaje

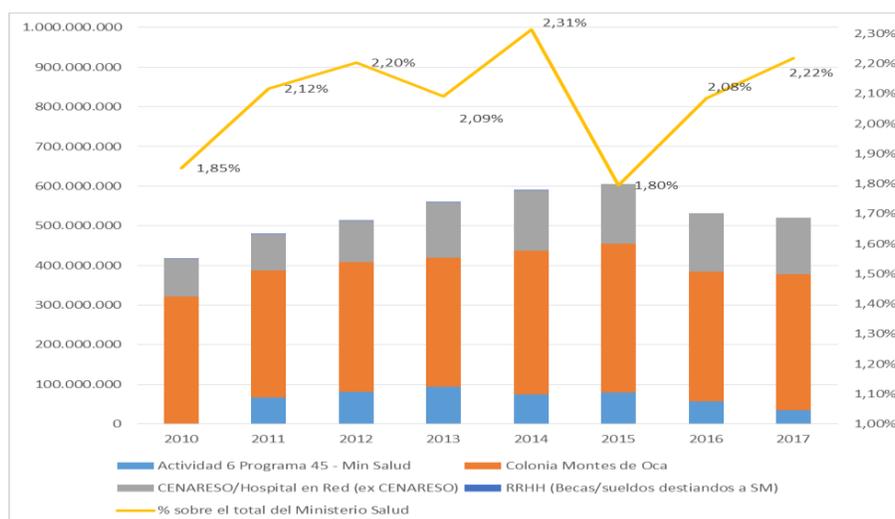
---

<sup>12</sup> La Colonia Montes de Oca se encuentra hace más de 100 años en la localidad de Torres de la Provincia de Buenos Aires y depende de la administración nacional. Información disponible en la página web de la institución: [www.cmdo.gov.ar](http://www.cmdo.gov.ar)

del consumo problemático de sustancias<sup>13</sup> (en este último, el Programa Asistencia para la Reinserción Social –que es una casa de medio camino- presentó una merma del 20% con respecto a lo previsto, y un programa de asistencia financiera para la externación, también disminuyó). La gravedad de esta situación es patente si tenemos en cuenta que ambos establecimientos son presentados por el propio Estado nacional como modelos del nuevo paradigma de atención de la salud mental.

23. Haciendo una sumatoria de las únicas cuatro partidas directamente identificables con salud mental<sup>14</sup> a lo largo del período 2010-2017, el porcentaje ha oscilado entre un 1.8 y un 2.31 % del presupuesto total del Ministerio de Salud, siendo el proyectado para el año 2017 de un 2.22%.

A continuación, un gráfico que refleja los porcentajes expresados:



*Fuente:* Elaboración propia en base a cuentas anuales de Inversión (2010-2015) y anteproyecto de presupuesto 2017. Página web del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas de la Nación.

24. La situación presupuestaria a nivel federal se reproduce en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde –de acuerdo a la información presupuestaria

<sup>13</sup> Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte", ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Información disponible en la página web de la institución: [www.cenareso.gob.ar](http://www.cenareso.gob.ar)

<sup>14</sup> En una investigación realizada por la ACIJ en 2016, se pudieron identificar únicamente cuatro partidas presupuestarias vinculadas con salud mental, ellas son: Colonia Montes de Oca; Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte", Programa 45 - Actividad 6 del Ministerio de Salud; Recursos Humanos destinados a Salud Mental (información brindada por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional).

contenida en los documentos presupuestarios oficiales- el presupuesto del Ministerio de Salud destinado a salud mental ha disminuido en los últimos años, representando el 8,25% en 2015, el 7,97 % en 2016 y el 7,71 % en el 2017.

25. El presupuesto de la CABA es un buen ejemplo del énfasis hospitalo-céntrico. Para los 4 hospitales monovalentes que posee la CABA (Braulio A. Moyano, Carolina Tobar García, José T. Borda y Torcuato de Alvear) durante el año 2016 se destinó el 82% del presupuesto asignado a salud mental. En el presupuesto 2017, estos cuatro neuropsiquiátricos suman un 85% del total asignado al único programa identificado como destinado a salud mental dentro del Ministerio de Salud de la Ciudad.

26. Si bien en el ámbito de la CABA existe un programa de externación asistida para la inserción socio laboral, se le asignó el equivalente al 0.002% del presupuesto destinado a salud mental. El resto del presupuesto destinado a salud mental se distribuye entre dos Centros de Salud Mental (a los que se destinó el equivalente al 6% del presupuesto de salud mental), talleres protegidos de rehabilitación psiquiátrica (3%) y políticas sociales en adicciones (4%).

#### **D. Falta de camas para atención en crisis en hospitales generales**

27. El énfasis en el confinamiento que caracteriza a la respuesta estatal hacia las personas con padecimientos mentales en el hospital psiquiátrico tiene su correlato en la falta de servicios adecuados para la internación en crisis de salud mental en hospitales generales, donde la lógica de atención no da lugar a la institucionalización indefinida y en un sistema articulado para sostener la intervención en el ámbito comunitario a la salida de la internación.

28. Esta ausencia de alternativas de atención centradas en el territorio es uno de los factores fundamentales que promueve la institucionalización prolongada o indefinida, y finalmente la cronificación de las personas a lo interno del asilo psiquiátrico<sup>15</sup>. La des-territorialización de la atención incide en la fragilización de los vínculos con familiares y allegados, ante la carencia de tiempo y recursos para

---

<sup>15</sup> Según las conclusiones de una investigación sobre la realización del derecho a la salud generada en 2015 conjuntamente por el Centro de Derechos Humanos y el Departamento de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, la capacidad de respuesta autónoma de la municipalidad para internaciones en salud mental, en establecimientos de dependencia nacional, provincial y municipal es muy limitada y la principal práctica es la derivación a guardias de hospitales psiquiátricos monovalentes, ubicados todos a una importante distancia geográfica del lugar de residencia habitual de la persona en cuestión, lo que promueve la dificultad para mantener el contacto frecuente con los familiares y en tanto da lugar a la prolongación indefinida de la internación, sobre todo cuando los episodios de crisis son reiterativos.

movilizarse hasta el lugar de internación.

29. La segregación propia de los hospitales psiquiátricos también incide en el goce efectivo de una atención integral en salud, sobre todo en lo relativo a la salud física. Una investigación reciente dio cuenta de cómo las personas con discapacidad mental, aun habiendo logrado salir de largos períodos de internación en hospitales psiquiátricos, siguen teniendo un nivel de acceso muy bajo a prestaciones de salud distintas a la psiquiátrica, y a las que se accede en otras especialidades, suelen ser provistas a su vez por el mismo hospital del cual la persona fue externada<sup>16</sup>.

30. En 2015, la CABA destinó menos del 1% de las partidas de salud mental a servicios en hospitales generales. Sólo había presupuesto asignado para servicios de salud mental en 5 hospitales generales, cuyas partidas disminuyeron abruptamente (un 52% en términos totales) entre el 2014 y el 2015. En 2016, ninguno de los hospitales brindó información presupuestaria desagregada pero se determinó que seis (6) de ellos atienden a pacientes de salud mental a través de consultorios externos y guardia y sólo tres hospitales generales tienen camas para internación para esta población.

31. Como consecuencia de las características presupuestarias mencionadas, según el único informe oficial disponible<sup>17</sup>, se determinó que en la CABA existen un amplio grupo de hospitales generales que no cumplen con la obligación de realizar internaciones de salud mental; hay insuficiencia de vacantes (cuando no inexistencia) de dispositivos y programas para acompañar los procesos de externación; las internaciones se efectúan de hecho en la Guardia de Emergencias en condiciones no adecuadas y por tiempos que pueden prolongarse por hasta dos meses; hay indefinición respecto de un plan de apertura de camas de salud mental, retraso en obras programadas y suspensión de proyectos presentados.

## **E. Falta de producción de información**

32. En este aspecto, el Estado ha incumplido con la obligación básica de producir información exhaustiva, desagregada, actualizada y disponible públicamente. A la fecha no existe una fuente oficial de información centralizada que recabe la cantidad y situación de personas internadas en Argentina por motivos de discapacidad mental. Esto contraviene un mandato concreto de la LNSM, que ordenó que antes de los 180 días siguientes a su promulgación (año 2010), el

---

<sup>16</sup> CELS (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Capítulo 3: Salud. Texto completo disponible en: [www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro](http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro)

<sup>17</sup> Recursos para efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales de la CABA. Informe de actualización a diciembre de 2016. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Estado generara un censo nacional de la situación de las personas internadas en hospitales psiquiátricos, así como el artículo 31 de la CDPD, que establece que los Estados recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas”, a fin de dar efecto a la Convención. A la fecha el mencionado censo no se ha llevado a cabo ni a nivel federal ni en el de las provincias.

33. En su lugar se creó formalmente el *Registro nacional de personas internadas por motivos de salud mental* (RESAM), base de datos informática que no cumple con las características exigidas por el censo que ordena la LNSM, no es accesible públicamente al menos en sus aspectos estadísticos y epidemiológicos. El Estado tampoco ha presentado ningún informe público sobre los datos recabados por dicho registro, por lo que no es posible para las organizaciones de la sociedad civil poder evaluar su pertinencia y funcionamiento<sup>18</sup>.

34. El Estado tampoco cumple con su obligación de responder de forma expedita y oportuna a pedidos de informe, contraviniendo la normativa en lo relativo a la transparencia de la información pública. A ello se suma la ausencia de información completa y desagregada que dé cuenta con exactitud cuántos recursos humanos y financieros se destinan a este tema, al estar estos subsumidos en distintas áreas y actividades que hacen difusa la vinculación directa con la política de salud mental.

35. Ante la falta estructural de los datos más básicos que permitan caracterizar a la población de personas internadas en hospitales psiquiátricos monovalentes es imposible sentar un diagnóstico de situación que sirve de base a la planificación racional de una política pública acorde al marco normativo en la materia.

#### **F. Desactivación de mecanismos de articulación interministerial y de consulta con la sociedad civil, particularmente con los usuarios del sistema de salud mental**

36. Desde diciembre de 2015, en sintonía con la ausencia de medidas concretas de la nueva Dirección Nacional de Salud Mental para implementar la LNSM, no hay reuniones de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA)<sup>19</sup>. En septiembre de 2016 se transfirió su adscripción

---

<sup>18</sup> El RESAM se encuentra vinculado al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). Información disponible en la página web institucional: [www.sisa.msal.gov.ar](http://www.sisa.msal.gov.ar)

<sup>19</sup> El decreto reglamentario 603/13 de la LNSM creó la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA), presidida por el Ministerio de Salud de la Nación e integrada por los ministerios de Desarrollo Social, Educación, Justicia y Derechos Humanos, Seguridad, Trabajo, Empleo y Seguridad Social, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)

institucional desde la Jefatura del Gabinete de Ministros al Ministerio de Salud de la Nación y se excluyó de su composición a las carteras de Justicia y Derechos Humanos, Seguridad, la SEDRONAR y el INADI, que son estratégicas para la implementación de una Ley con un contenido transversal.

37. Por otra parte, el decreto reglamentario de la LNSM también creó el Consejo Consultivo Honorario de Políticas en Salud Mental y Adicciones (CCH)<sup>20</sup>. Entre junio de 2014 y noviembre de 2015 se reunió seis veces. En estos encuentros sus miembros elaboraron propuestas y documentos sobre temáticas diversas, con un alto alcance conceptual. El CCH permitió la participación y opinión directa en los asuntos públicos de los usuarios de los servicios de salud mental, un colectivo que históricamente fue excluido de los espacios de toma de decisiones que lo afectan de manera directa. Desde diciembre de 2015 y hasta la fecha, el CCH no volvió a ser convocado por el Estado.

38. En febrero de 2016, el Ministerio de Salud de la Nación creó la Comisión Nacional de Salud Mental. Esta nueva instancia –no definida por la LNSM ni por ninguna otra ley- está integrada por “expertos” en la temática designados de forma discrecional por el ministro. En los hechos, un espacio amplio y representativo de participación de la sociedad civil, como lo es el CCH, fue reemplazado por actores designados de manera arbitraria y sin un proceso abierto y transparente de selección. Organizaciones de la sociedad civil pedimos participar en esta comisión y la respuesta oficial fue negativa.

39. Esta última acción es coherente con la orientación demostrada por el Estado en todos los puntos antes desarrollados, caracterizada por un claro alejamiento de los mandatos de la LNSM y de los estándares internacionales de derechos de las personas con discapacidad y del derecho al goce del nivel más alto posible de salud física y mental.

## **Preguntas al Estado**

1. ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para alcanzar el objetivo ordenado por la Ley Nacional de Salud Mental de sustituir los hospitales psiquiátricos por dispositivos centrados en la comunidad para 2020?

---

<sup>20</sup> El Consejo está conformado por representantes de 30 organizaciones de distintos sectores de la sociedad civil al que la Dirección de Salud Mental debe convocar al menos cada tres meses para exponer las políticas que se llevan adelante y escuchar las propuestas que se formulen. Los 60 consejeros titulares y suplentes del CCH fueron designados en el artículo 21, Anexo 1, Acta 6 de 2014 por la Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones.

2. ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para mejorar las condiciones de vida de las personas que hasta ahora siguen institucionalizadas en hospitales psiquiátricos?
3. ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para promover y posibilitar la externación de las personas que hasta ahora siguen institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y que están en condiciones de hacerlo?
4. ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para evitar la cronificación de personas internadas en hospitales psiquiátricos y promover su regreso a la vida en comunidad?
5. ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para adecuar la distribución de sus recursos presupuestarios con el objetivo de materializar el mandato establecido por la Ley Nacional de Salud Mental en su art. 32?
6. ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para generar información exhaustiva, desagregada, actualizada y públicamente accesible sobre la situación de las personas con discapacidad mental internadas en hospitales psiquiátricos?
7. ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar la participación efectiva de la sociedad civil en general y de los usuarios de los servicios de salud mental en particular en el diseño, monitoreo y evaluación de la política pública de salud mental?

### **Recomendaciones al Estado**

1. El Estado oriente su política pública hacia la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657/2010 y su decreto reglamentario 603/2013.
2. El Estado atienda como parte de su política pública a los estándares establecidos por la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y a las recomendaciones de su Comité.
3. El Estado agencia canales y mecanismos efectivos de participación de la sociedad civil en el diseño, ejecución y evaluación de la política pública de salud mental.
4. El Estado emprenda a la brevedad posible la realización de un censo nacional amplio y exhaustivo de la cantidad y condiciones de vida de las personas internadas en hospitales psiquiátricos en todo el país.
5. El Estado emprenda un proceso de planificación presupuestaria coherente con la redistribución de los recursos humanos y presupuestarios desde la manutención de los hospitales psiquiátricos hacia la creación y fortalecimiento de una red de dispositivos centrados en la comunidad, y establezca mecanismos transparentes y públicos de seguimiento y monitoreo, como por ejemplo, la identificación de partidas presupuestarias

destinadas a salud mental en los documentos presupuestarios oficiales.

6. El Estado constituya a la brevedad posible la Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) con los representantes institucionales originales que están definidos por el decreto reglamentario 603/2013.
7. El Estado convoque a sesionar a la brevedad posible a los miembros titulares del plenario del Consejo Consultivo Honorario de Políticas en Salud Mental y Adicciones.
8. El Estado cree y operativice los mecanismos de control y de protección de derechos en salud mental en las provincias donde aún no existan, particularmente los órganos de revisión locales de salud mental y las defensorías técnicas públicas especializadas en salud mental.