

Volumen 4 - Número 1 - Enero/Marzo 2017

REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

ISSN 0719-4706

Homenaje

*José Luis
Romero*

MIEMBRO DE HONOR COMITÉ INTERNACIONAL

REVISTA INCLUSIONES

Portada: Felipe Maximiliano Estay Guerrero



UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS
CAMPUS SANTIAGO

CUERPO DIRECTIVO

Directora

Mg. Viviana Vrsalovic Henríquez
Universidad de Los Lagos, Chile

Subdirectora

Lic. Débora Gálvez Fuentes
Universidad de Los Lagos, Chile

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda
Universidad de Los Lagos, Chile

Relaciones Humanas

Héctor Garate Wamparo
Universidad de Los Lagos, Chile

Cuerpo Asistente

Traductora Inglés

Lic. Pauline Corthorn Escudero
221 B Web Sciences, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón
221 B Web Sciences, Chile

Diagramación / Documentación

Lic. Carolina Cabezas Cáceres
221 B Web Sciences, Chile

Portada

Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero
221 B Web Sciences, Chile

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Carolina Aroca Toloza

*Pontificia Universidad Católica de Valparaíso,
Chile*

Dr. Jaime Bassa Mercado

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Heloísa Bellotto

Universidad de San Pablo, Brasil

Dra. Nidia Burgos

Universidad Nacional del Sur, Argentina

Mg. María Eugenia Campos

*Universidad Nacional Autónoma de México,
México*

Dr. Lancelot Cowie

Universidad West Indies, Trinidad y Tobago

Lic. Juan Donayre Córdova

Universidad Alas Peruanas, Perú

Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia

Universidad Autónoma de Madrid, España

Dr. Francisco José Francisco Carrera

Universidad de Valladolid, España

Mg. Keri González

*Universidad Autónoma de la Ciudad de
México, México*

Dr. Pablo Guadarrama González

Universidad Central de Las Villas, Cuba

Mg. Amelia Herrera Lavanchy

Universidad de La Serena, Chile

Dr. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Mg. Cecilia Jofré Muñoz
Universidad San Sebastián, Chile

Mg. Mario Lagomarsino Montoya
Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Claudio Llanos Reyes
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Werner Mackenbach
Universidad de Potsdam, Alemania
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Ph. D. Natalia Milanesio
Universidad de Houston, Estados Unidos

Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Ph. D. Maritza Montero
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Mg. Julieta Ogaz Sotomayor
Universidad de Los Andes, Chile

Mg. Liliana Patiño
Archiveros Red Social, Argentina

Dra. Eleonora Pencheva
Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira
Universidad de La Coruña, España

Mg. David Ruete Zúñiga
Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dr. Andrés Saavedra Barahona
Universidad San Clemente de Ojrid de Sofía, Bulgaria

Dr. Efraín Sánchez Cabra
Academia Colombiana de Historia, Colombia

Dra. Mirka Seitz
Universidad del Salvador, Argentina

Mg. Rebeca Yáñez Fuentes
Universidad de la Santísima Concepción, Chile

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Comité Científico Internacional de Honor

Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Martino Contu
Universidad de Sassari, Italia

Dr. Luiz Alberto David Araujo
Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Dra. Patricia Brogna
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Horacio Capel Sáez
Universidad de Barcelona, España

Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar
Universidad de Los Andes, Chile

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México

Dr. Adolfo Omar Cueto
Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dr. Miguel Ángel de Marco
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Emma de Ramón Acevedo
Universidad de Chile, Chile

Dra. Patricia Galeana
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Manuela Garau
Centro Studi Sea, Italia

Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg
Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia
Universidad de California Los Ángeles, Estados Unidos

Dr. José Manuel González Freire
Universidad de Colima, México

Dra. Antonia Heredia Herrera
Universidad Internacional de Andalucía, España

Dr. Eduardo Gomes Onofre
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel León-Portilla
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel Ángel Mateo Saura
Instituto de Estudios Albacetenses “don Juan Manuel”, España

Dr. Carlos Tulio Medeiros da Silva
Instituto Federal Sul-rio-grandense, Brasil

Dr. Antonio Carlos Pereira Menaut
Universidad Santiago de Compostela, España

Dra. Yolanda Ricardo
Universidad de La Habana, Cuba

Dr. Manuel Alves da Rocha
Universidade Católica de Angola Angola

Mg. Arnaldo Rodríguez Espinoza
Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Dr. Miguel Rojas Mix
Coordinador la Cumbre de Rectores Universidades Estatales América Latina y el Caribe

Dr. Luis Alberto Romero
CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Adalberto Santana Hernández
Universidad Nacional Autónoma de México, México
Director Revista Cuadernos Americanos, México

Dr. Juan Antonio Seda
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Saulo Cesar Paulino e Silva
Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso
Universidad de Salamanca, España

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Comité Científico Internacional

Mg. Paola Aceituno
Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

Ph. D. María José Aguilar Idañez
Universidad Castilla-La Mancha, España

Mg. Elian Araujo
Universidad de Mackenzie, Brasil

Mg. Romyana Atanasova Popova
Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dr. Iván Balic Norambuena
Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dra. Ana Bénard da Costa
Instituto Universitario de Lisboa, Portugal
Centro de Estudios Africanos, Portugal

Dra. Alina Bestard Revilla
Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte, Cuba

Dra. Noemí Brenta
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ph. D. Juan R. Coca

Universidad de Valladolid, España

Dr. Antonio Colomer Vialdel

Universidad Politécnica de Valencia, España

Dr. Christian Daniel Cwik

Universidad de Colonia, Alemania

Dr. Eric de Léséulec

INS HEA, Francia

Dr. Andrés Di Masso Tarditti

Universidad de Barcelona, España

Ph. D. Mauricio Dimant

Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel

Dr. Jorge Enrique Elías Caro

Universidad de Magdalena, Colombia

Dra. Claudia Lorena Fonseca

Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Dr. Francisco Luis Giraldo Gutiérrez

*Instituto Tecnológico Metropolitano,
Colombia*

Dra. Carmen González y González de Mesa

Universidad de Oviedo, España

Dra. Andrea Minte Münzenmayer

Universidad de Bio Bio, Chile

Mg. Luis Oporto Ordóñez

Universidad Mayor San Andrés, Bolivia

Dr. Patricio Quiroga

Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Gino Ríos Patio

Universidad de San Martín de Porres, Per

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Arrechavaleta

*Universidad Iberoamericana Ciudad de
México, México*

Dra. Vivian Romeu

*Universidad Iberoamericana Ciudad de
México, México*

Dra. María Laura Salinas

Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Dr. Stefano Santasilia

Universidad della Calabria, Italia

Dra. Jaqueline Vassallo

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Evandro Viera Ouriques

Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez

Universidad de Jaén, España

Dra. Maja Zawierzeniec

Universidad de Varsovia, Polonia

Asesoría Ciencia Aplicada y Tecnológica:

221 B Web Sciences

Santiago – Chile

Revista Inclusiones

Representante Legal

Juan Guillermo Estay Sepúlveda Editorial

Indización y Bases de Datos Académicas

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:



THOMSON REUTERS



CATÁLOGO

Information Matrix for the Analysis of Journals





WZB

Berlin Social Science Center



uOttawa

Bibliothèque
Library



REX

BIBLIOTECA ELECTRÓNICA
DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA



Ministerio de
Ciencia, Tecnología
e Innovación Productiva



Secretaría de Articulación
Científica Tecnológica



Uniwersytet
Wrocławski



Stanford University
LIBRARIES



PRINCETON UNIVERSITY
LIBRARY

WESTERN
THEOLOGICAL SEMINARY

ISSN 0719-4706 - Volumen 4 / Número 1 Enero – Marzo 2017 pp. 108-121

**SUJETOS, CONCEPTOS Y MODELOS: REFLEXIONES SOBRE LAS NORMATIVAS
JURÍDICAS EN EL CAMPO SALUD MENTAL (ARGENTINA)**

**SUBJECT, CONCEPTS AND MODELS: REFLECTIONS ABOUT THE NORMS IN THE FIELD
OF THE MENTAL HEALTH (ARGENTINA)**

Drdo. Gabriela Silvina Bru

Centro de Investigación Alicia Moreau, Argentina / CONICET, Argentina
gabrielasilvinabru@hotmail.com

Fecha de Recepción: 12 de diciembre de 2016 – **Fecha de Aceptación:** 28 de diciembre 2016

Resumen

El trabajo que presentamos se desarrolla en el marco de una investigación cualitativa que tiene por objetivo analizar los procesos de producción de subjetividad en el campo de la salud mental a partir de un análisis de relatos de actores sociales en el contexto de la ciudad de Mar del Plata. En este texto, proponemos identificar algunas de las formas en las que se conceptualiza el proceso de salud-enfermedad-atención en el área de la salud mental, tomando como principal insumo las normativas-jurídicas internacionales y nacionales.

Palabras Claves

Discapacidad – Salud mental – Normas – Modelo

Abstract

We have done this paper in the context of a qualitative research. The objective is to explore the process of subjetivation process in the field of mental health, starting from narratives of different social agents in the context of the city of Mar del Plata. The purpose of this paper is to identify some of the ways of thinking the process in the area of health-disease-attention in the mental health. We are going to take as principal input the international and national norms.

Keywords

Disability – Mental health – Norms – Model

Introducción

En Argentina los derechos de los usuarios de la salud mental están garantizados por diferentes normativas: el texto de la Constitución Nacional, tratados internacionales de derechos humanos incluidos en el articulado constitucional y convenios internacionales que fueron firmados por el poder ejecutivo y aprobados por el congreso a través de leyes nacionales. En este conjunto de normas se vislumbran diferentes formas de conceptualizar el proceso de salud-enfermedad-atención mental¹ y modelos de intervención (rituales, prácticas y tecnologías) que definen aquello que aparece como la opción “ideal y normal” en cada construcción social. Comprendemos que el análisis de una norma nos permite visualizar el debate actual acerca de una temática, el orden del día respecto de las subjetividades que adquieren relevancia en detrimento de otras. Las normativas plasman que se dice sobre un objeto/sujeto, que se discute y cuál es su campo de acción. En este caso, una lectura orientada de la escena genérica normativa-legal, nos permitirá describir algunos recorridos conceptuales de la salud-enfermedad mental. El presente trabajo se propone identificar algunas de las formas en las que se conceptualiza el proceso de salud-enfermedad-atención en el área de la salud mental, tomando como principal insumo las normativas-jurídicas internacionales y nacionales. Las nociones compartidas serán distribuidas en dos grupos: en el primero encontramos las nociones que se acercan a un modelo médico del proceso de salud-enfermedad-atención. En el segundo ubicamos las nociones que destacan los aspectos sociales y relacionales del proceso. Finalmente también introduciremos algunas discusiones vigentes que se dan al interior de este segundo modelo.

Conceptualizaciones de la salud mental en las configuraciones normativas: el modelo médico o rehabilitador

Bajo este subtítulo consideramos los fragmentos de normativas que se familiarizan con un modelo médico para conceptualizar y actuar en materia de discapacidad. Desde esta perspectiva la discapacidad es una cuestión exclusivamente médica relacionada con la pérdida o merma que sufren determinadas personas en sus facultades. La persona con discapacidad es contemplada como un sujeto que necesita ser rehabilitado. Colocando el acento en la persona, concibe la enfermedad como un problema *individual vinculado al padecimiento o cuadro clínico*.

Entre las menciones internacionales, una de las primeras fue la *Declaración de los Derechos de los Impedidos* de las Naciones Unidas. En esta se comprendía al usuario como objeto de asistencia, y no de derecho, plantea el término de Impedido: “El término impedido designa a toda persona *incapacitada* de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales”².

La primera definición internacional de la *Organización Mundial de la Salud (OMS) en torno a la discapacidad* se dio en la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía (CIDDDM). Aquí se realiza una distinción entre: deficiencia, discapacidad y minusvalías.

¹ Eduardo Menendez, De sujetos saberes y estructuras (Buenos Aires: Lugar, 2009).

² Declaración de los Derechos de los Impedidos de las Naciones Unidas, Asamblea General en su resolución 3447. 9 de diciembre de 1975.

Sujetos, conceptos y modelos: reflexiones sobre las normativas jurídicas en el campo salud mental (Argentina) pág. 110

“una deficiencia es *toda pérdida o anormalidad* de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”.

“una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera *normal* para un ser humano”.

[Minusvalía] Es una situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide *el desarrollo de un rol que es normal* en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales”³.

En estos primeros documentos llama la atención la reiteración de los términos de normalidad: vida normal, anormalidad, margen que se considera normal, desarrollo de un rol normal. En todas sus variantes se deposita la anormalidad en la individualidad del sujeto, y se asocia a la variación médica y su enfermedad. Los aspectos sociales o relacionales del padecer no son mencionados. Posteriormente, desde la OMS, se plantea la superación de esta CIDDM con *la Clasificación Internacional del Funcionamiento*. Es así que define deficiencia y discapacidad como:

Deficiencia es *la anormalidad* o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las mentales. Con *anormalidad* se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a *la norma estadística* establecida y solo debe usarse en este sentido.

Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. *Indica los aspectos negativos de la interacción* entre *un individuo* (con una condición de salud) y sus *factores contextuales* (factores ambientales y personales)⁴.

Vemos que en la distinción entre deficiencia y discapacidad tiene que ver con lo contextual, aspecto incluido en el segundo concepto. Según la OMS, esta clasificación busca trascender el modelo netamente médico para pasar a dar al tema una mirada bio-psico-social.

En nuestro país las normas se encontraban en sintonía conceptual y política con las regulaciones internacionales recién mencionadas. El Código Civil Argentino de Vélez Sarsfield, si bien no expresaba un concepto de discapacidad o enfermedad mental, partía de una mirada biológica-jurídica de discapacidad, por ejemplo en la primacía de la mirada médica para determinar la incapacidad jurídica de una persona⁵. Esto es observable en el articulado que regula la representación de las personas con discapacidad y en las normas respecto de la insania y la inhabilitación, ofreciendo algunas señales interesantes. El título XVIII de la sección segunda del libro primero titulada *de la curatela*, establece que “son incapaces los dementes aunque tengan intervalos lúcidos”⁶. Asimismo, en el art 475 establece que “los declarados incapaces son considerados como los menores de edad, en

³ Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1980).

⁴ Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001).

⁵ Código Civil, Leyes Complementarias. Vélez Sarfield. Ley 340. Congreso de la Nación Argentina. 25 de septiembre 1869. Arts. 141, 152 bis y 153.

⁶ Código Civil, Leyes Complementarias. Vélez Sarfield. Ley 340. Congreso de la Nación Argentina. 25 de septiembre 1869. Art. 469.

cuanto a su persona y bienes. Las leyes sobre la tutela de los menores se aplicarán a la curaduría de los incapaces⁷ De modo que se plantea igual trato a los incapaces que a los menores de edad en cuanto su persona y bienes, lo que significa que las leyes de tutela regulan la curatela. Si bien este proceso era para la protección de la persona a partir de ofrecer un cuidador/tutor, estos no son considerados sujetos de derecho, y ejercen sus derechos solo mediante la intervención de un tercero.

“Con la interdicción se produce la pérdida del ejercicio de la mayoría de los derechos, patrimoniales como en general personales y se coloca al sujeto bajo dependencia de representación (curatela) que lo sustituye en el desempeño de la vida social, económica y jurídica”⁸.

Entre otras normas que refieren a la discapacidad y producen políticas sobre las personas en procesos de salud-enfermedad-atención encontramos *la ley 22431* (1981) de Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, la primera normativa jurídica nacional en torno a la discapacidad en Argentina. Esta instituye *un sistema de protección integral de las personas con discapacidad*. Representa un momento importante en la historia de la legislación argentina en favor de las personas con discapacidad, porque busca asegurar el *acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud*. Utiliza el término *persona discapacitada*: “toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada física o mental que con *relación a su edad y medio social implique desventajas* considerables para su integración familiar, social educacional o laboral”⁹. Si bien se desplaza de la terminología de la normalidad (cuestión que sucedía en las primeras normas mencionadas) esta ley reitera que existen parámetros establecidos que actúan de línea para definir cuanta desventaja se posee para la integración. Este modo de caracterizar al usuario se enmarca en el modelo rehabilitador ya que coloca el énfasis en la deficiencia, en la anomalía patológica que le impide realizar actividades que se consideran ventajosas. A pesar de esto, trae una novedad importante: responsabiliza al estado de la atención de la salud de los usuarios. Aspecto que es desplazado en la década de los 90, con *la ley 24901*¹⁰ ya que “definen las reglas que hacen de las prestaciones a las personas con discapacidad un servicio transable en el mercado”¹¹. De este modo se pasa del sistema de *protección integral* hacia el sistema de *prestaciones básicas* de atención integral. La ley 24901 fundamentalmente establece que las obras sociales tendrán a su cargo con carácter obligatorio la cobertura total de la prestaciones básicas que necesiten las personas con discapacidad afiliadas. Consecuentemente modifica la ley 22431 al restringir la responsabilidad del estado solo a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas¹².

⁷ Código Civil, Leyes Complementarias. Velez Sarfield. Ley 340. Congreso de la Nación Argentina. 25 de septiembre 1869. Artículo 475.

⁸ Alfredo Kraut, Salud mental. Tutela jurídica (Santa fe: Rubenzal Culzoni, 2006),166.

⁹ Ley 22431 Sistema de protección integral de los discapacitados, Buenos Aires, 16 de marzo de 1981. Art. 2

¹⁰ Ley 24901, Reglamentada por el decreto 1193/98. Buenos Aires, 1998.

¹¹ Carlos Acuña y Luis Bulit, Luis Políticas sobre la discapacidad en la Argentina (Buenos Aires: Siglo XXI, 2010), 143.

¹² Ley 22431 Sistema de protección integral de los discapacitados, Buenos Aires, 16 de marzo de 1981. Art. 3

Algunas reflexiones del modelo médico o rehabilitador

Vemos que en las nociones compartidas la idea de discapacidad es contemplada solo como una cuestión médica relacionada con la pérdida o merma que sufren determinadas personas en sus facultades. Colocando el acento en la persona, concibe la enfermedad como un problema *individual vinculado al padecimiento o cuadro clínico*. “La construcción de categorías diagnósticas, la búsqueda de alteraciones anatomo-fisiológicas y la planificación de intervenciones terapéuticas que se adecuen a las anteriores sustentan el modo de intervención de este modelo”¹³.

Como dentro de este sistema explicativo la etiología de la discapacidad se vincula a un déficit de la persona, las medidas para abordar la discapacidad colocan el foco en estrategias de carácter básicamente terapéutico o asistencial, encaminadas a conseguir la cura o un cambio en su conducta. En consonancia con el modo de conceptualizar la discapacidad, se infravaloran las capacidades de las personas, reforzando el estereotipo de la dependencia y asociando la discapacidad a la pasividad (tanto en relación a su vida como a sus derechos). Desde este enfoque lejos de ser sujetos de derechos, las personas con discapacidad han sido, y son, objeto de tratamiento médico, asistencial, de protección y de tutela.

En definitiva, el denominado *modelo médico* considera a la persona con discapacidad como un sujeto que necesita ser rehabilitado (de esta premisa derivan la asistencia pública, el trabajo protegido, la educación especial, y los tratamientos médicos y aplicación de avances científicos). Y cuando no se consigue el usuario pierde su calidad de sujeto de derecho.

Conceptualizaciones de la salud mental en las configuraciones normativas: el modelo social o de Derechos Humanos

En este apartado consideramos los fragmentos de normativas que se familiarizan con un modelo social para conceptualizar y actuar en materia de discapacidad. Asumir y pensar desde el modelo social de discapacidad implica observar las barreras sociales, políticas y económicas que vulneran los derechos de las personas en proceso de salud-enfermedad mental-atención. Esta perspectiva hace especial hincapié en los aspectos contextuales-sociales de la discapacidad.

A nivel internacional encontramos un enfoque en materia de discapacidad y salud mental diferente al planteado en el apartado anterior, a partir de la *Declaración de Caracas*. Esta es el primer estándar interamericano que se vinculó directamente a las convenciones internacionales de Derechos Humanos con las violaciones de estos derechos en el contexto de los hospitales psiquiátricos. El Preámbulo de este documento señala que “...el hospital psiquiátrico [aisla] al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social [y crea] condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo...”¹⁴. De esta manera, no plantea una definición de salud mental, pero inserta la temática de la discapacidad y la salud-enfermedad mental en las discusiones de

¹³ Centro de Estudios Legales y Sociales, *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* (Buenos Aires: Siglo XXI, 2008), 27.

¹⁴ Declaración de Caracas, Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela 14 de noviembre de 1990

Derechos Humanos, con una revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico. Hace hincapié en que la atención debía ser reemplazada por una prestación de servicios basada en la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de las redes sociales del enfermo. Este espíritu de ley es crucial porque será reiterado en las normativas argentinas más actuales como la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM). Posteriormente a la Declaración de Caracas, algunas convenciones regionales de Derechos Humanos incorporaron sus recomendaciones como una importante referencia para interpretar los Derechos Humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades, como es el caso de la Convención Interamericana sobre Discapacidad y Discriminación¹⁵.

En el año 1991 se firmó el documento de las Naciones Unidas sobre salud mental *Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental* que plantea los derechos de las personas con padecimiento mental; además de incorporar derechos generales, incluye otros referidos a aspectos más específicos relacionados con el tratamiento, libertades y decisiones, y acceso a la justicia.

En el año 2000, mediante la ley 25.280, se aprueba la incorporación al orden normativo interno argentino de *la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*. Esta introduce una noción de discapacidad diferente:

“El término discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más **actividades esenciales de la vida diaria**, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”¹⁶.

Más allá de que la Convención haga, al igual que la OMS, un correlato lineal entre deficiencia y discapacidad, de alguna manera comienza a dar relevancia al entorno como su condicionante. En esta se sostiene en forma expresa que el mismo medio, y no solamente la deficiencia, es lo que puede influir negativamente en la relación de la persona con su entorno. Considerada la antesala de la Convención de las personas con discapacidad¹⁷, emplea el término discapacidad ya sin indicar la persona singularizada a la cual la OMS se refería. Desde el punto de vista conceptual, al incorporar la idea de actividades esenciales de la vida diaria, puede ser interpretada como un avance en el sentido del modelo social, aunque no lo consiga plenamente.

En conexión con lo que venimos describiendo posteriormente se crea la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (CDPD)*, aprobada por la Asamblea General de la ONU en el año 2006. La CDPD, norma de carácter supralegal y constitucional en nuestro país, constituye el primer tratado del siglo XXI en materia de discapacidad. En el Preámbulo reconoce que la discapacidad: “resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las

¹⁵ Silvia Faraone, Reformas en Salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. Salud mental y comunidad. Vol: 3 (2013) 29.

¹⁶ Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, Guatemala. 6 de Julio 1999. Art: 1

¹⁷ Maria Miguez; Sofia Angulo y Sharon Diaz, Infancia y discapacidad Una mirada desde las ciencias sociales en clave de derechos (Montevideo: Universidad de la Republica Uruguay, 2015).

demás”¹⁸. En esta cita observamos que considera la discapacidad como el resultado de la interacción entre las deficiencias (elemento médico e individual) y las barreras sociales que pueden impedir su participación. Algunos autores expresan que esta normativa se inspira en la filosofía propia del modelo social de tratamiento de la discapacidad¹⁹. Consideramos que la CDPD es una de las primeras normas que se proponen descentrar el padecer de la individualidad corporal del sujeto para insertarla en las relaciones sociales.

En esta misma línea, con relación al marco normativo nacional, podemos traer a colación la *Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) 26.657* que significó una ruptura con el paradigma médico, hospitalocéntrico y tutelar en el campo de la salud mental argentina. La norma establece responsabilidades políticas y sociales que promueven el efectivo acceso al ejercicio de los derechos. Por lo tanto, impulsa la transformación de las prácticas y los modelos de intervención destinados al cuidado de la salud mental. El carácter que adopta la intervención en salud mental en los puntos recién referidos, devienen de las transformaciones a nivel conceptual de la salud mental. En el artículo 3 expresa:

“se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas”²⁰.

En este artículo encontramos varios elementos a destacar. La salud no es un estado, ni solo la ausencia de enfermedad. La idea de proceso introducida en la definición de la ley posibilita concebir la salud en permanente cambio, presentándose de modo distinto en cada persona a través del tiempo. Esto permite interpretar que el sujeto vivencia un momento particular en su historia de vida sin que ello pueda suponer la ubicación de una esencia o identidad estática de esa persona. A su vez, este artículo comprende que la salud mental está constituida por múltiples aspectos, de modo que rompe con la concepción clásica que reducía la atención a la sintomatología de las persona con padecimiento mental. Deja atrás el enfoque aislado del individuo centrado puntualmente en su patología (la que se diagnosticaba, en general, a partir de parámetros y clasificaciones abstractas) y toma en especial consideración las particularidades de la persona y su interacción con el entorno familiar y social, en el aquí y ahora. Además inserta la problemática en las discusiones de Derechos Humanos, como lo proponen las normativas internacionales antes aludidas. Señala también que

“se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive

¹⁸ Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006. Preámbulo.

¹⁹ Agustina Palacios, *El Modelo Social De Discapacidad: Orígenes, Caracterización Y Plasmación En La Convención Internacional Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad* (Madrid: CINCA, 2008)

²⁰ Ley de Salud Mental 26657, Boletín Oficial Argentina el 03 de Diciembre de 2010. Art. 3.

la persona; elección o identidad sexual; antecedentes de tratamientos u hospitalización”²¹.

La presunción de la capacidad tiene ligazón con el cuidado y preservación de la posibilidad en la toma de decisiones por parte del usuario, respecto tanto de su vida como de las instancias en las que deba decidir a lo largo del tratamiento. En su articulado también hace mención a nuevos actores sociales: miembros de la comunidad, familia, nuevos trabajadores de la salud, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de usuarios. Al ampliar la noción del sujeto de intervención e incorporar otras facetas de padecer, cobra relevancia la existencia de las redes vinculares e institucionales del contexto. El *decreto 603/2013*, reviste de instrumentalidad a la LNSM, dotándola de fuerza y eficacia en aquellos aspectos cuya vigencia requería de un reglamento autónomo y de ejecución. El citado decreto que aprueba la reglamentación de la LNSM incorpora una definición de *padecimiento mental*:

“todo tipo de *sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos*, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como *proceso complejo determinado por múltiples*, componentes, de conformidad con lo establecido en el art. 3° LNSM²².

Vale la pena observar el término sufrimiento psíquico, porque en esta idea se rescata la perspectiva y vivencia singular del usuario. Esta es una categoría que recupera el carácter procesual e histórico del sujeto. En el marco de la Ley Nacional N° 26.657 y el Decreto N° 603/2013 se crea el *Plan Nacional de Salud Mental*, que propone líneas de acción concretas para la implementación de las normativas ya citadas. Y entiende que la salud mental: “no se agota en los servicios de salud específicos tradicionales, sino que aspira al *desarrollo de acciones territoriales* al alcance de toda la población desde la *mirada comunitaria y la inclusión social*”²³. Apuntando a que los servicios de salud mental se ajusten a las nuevas normas, hace hincapié en lo territorial como aspecto crucial del modelo social de la discapacidad.

A todo ello se suma la creación e implementación del nuevo *Código Civil y Comercial*, que dedica varios artículos a la discapacidad mental, fundamentalmente al referirse a la temática de capacidad jurídica y curatela (más precisamente en la sección 1 y 3 del capítulo 2; Sección 1 y 3 del capítulo 10 (Del libro I). En el artículo 32 se expresa que

“El juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes. En relación con dichos actos, el juez debe designar el o los apoyos necesarios que prevé el artículo 43, especificando las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de la persona. El o los apoyos designados deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida. Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interactuar con su entorno y expresar su

²¹ Ley de Salud Mental 26657, Boletín Oficial Argentina el 03 de Diciembre de 2010. Art. 3.

²² Decreto 603/2013 Ley N° 26.657 Reglamentación, Buenos Aires. 28 de mayo del 2013. Art. 1.

²³ Plan Nacional de Salud Mental, Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Oficial. Octubre 2013

voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador”²⁴.

Esta norma promueve acciones de cuidado de la persona con padecimiento mental, pero preservando su autonomía. En el supuesto de restricción de la capacidad, no procede la tradicional figura sustitutiva del curador, sino la designación de persona/s de apoyo, cuya función es “promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona”²⁵. Así, la regla que era declaración de la incapacidad de la persona, en el Código Civil anterior, se vuelve excepción. Es interesante destacar, que a pesar de ser interpretado como una transformación en las prácticas respecto de la persona con discapacidad, persiste un rasgo del paradigma anterior equiparando la discapacidad a los niños y niñas en relación al ejercicio de sus derechos. Las prácticas asociadas a ambos grupos poblacionales se regulan en la misma sección de esta normativa. De modo que aquí persiste una forma de modelación de la subjetividad que nos dice que sufrir un padecimiento psíquico es igual a ser niño y niña respecto del ejercicio de sus derechos.

Algunas reflexiones sobre el Modelo Social o de Derechos Humanos

La lectura de los fragmentos seleccionados de las normativas en esta segunda parte, permite construir una perspectiva del proceso de salud-enfermedad-atención que hace especial hincapié en los aspectos contextuales-sociales, insertando la temática en las discusiones sociales. A diferencia del modelo médico, que desde una postura rehabilitadora y normalizadora ponía la mirada en los cuerpos deficitarios, asumir y pensar desde el modelo social de discapacidad implica observar las barreras sociales, políticas y económicas que vulneran los derechos de las personas en proceso de salud-enfermedad mental-atención. Ello significa descentrar el padecer de la individualidad corporal del sujeto para insertarla en las relaciones sociales y sustituir una mirada exclusivamente médica por observar integralmente al usuario. Desde la primera mirada (del apartado 1) la discapacidad era individualizada para su reparación, considerada una condición de desigualdad natural. Desde esta segunda mirada la discapacidad es entendida “como una construcción social basada en términos de desigualdad. Por ello urge reconocer el carácter social y no natural de la discapacidad, para superar perspectivas hegemónicas que se continúan produciendo y reproduciendo en estas sociedades”²⁶. De Asís plantea algunas líneas claves que resumen el modelo social:

- “a) El enfoque correcto para abordar la discapacidad desde un punto de vista normativo es el de los derechos humanos.
- b) La discapacidad es, principalmente, una situación en la que se encuentran o pueden encontrarse las personas y no un rasgo individual que las caracterice.
- c) La discapacidad tiene, en la mayoría de los casos, un origen social por lo que las medidas destinadas a satisfacer los derechos de las personas con discapacidad deben tener como principal destinataria a la sociedad en general.

²⁴ Código Civil y Comercial de la Nación, Ley 26.994 de aprobación. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Octubre 7 de 2014. Art. 32.

²⁵ Código Civil y Comercial de la Nación, Ley 26.994 de aprobación. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Octubre 7 de 2014. Art. 43.

²⁶ María Miguez; Sofía Angulo y Sharon Diaz. Infancia y discapacidad Una mirada... 16.

Sujetos, conceptos y modelos: reflexiones sobre las normativas jurídicas en el campo salud mental (Argentina) pág. 117

d) La política normativa en el ámbito de los derechos de las personas con discapacidad debe moverse en el plano de la igualdad y la no discriminación y, dentro de este, en el ámbito de la generalización de los derechos²⁷.

Para finalizar este apartado resaltamos una de las consecuencias esperadas más importantes de la implementación del modelo social: la redefinición del diseño e implementación de políticas. Propiciando una mirada integral desde las diferentes aristas que constituyen la discapacidad. La conceptualización de la discapacidad, que conjuga esta óptica, está integrada por la diversidad funcional, pero fundamentalmente por la opresión y exclusión (social, política, jurídica) que vivencia cotidianamente los usuarios.

Para seguir pensando: Discusión dentro y acerca del modelo social: críticas, diversidad y diversidad funcional

Este tercer apartado surge de observar las críticas, revisiones y discusiones que existen al interior del modelo social. De Asís nos ayuda a identificar algunas de las críticas al modelo social basadas en argumentos que define como: (1) argumento de la torre de marfil, (2) asistencial, (3) del temor, (4) de la excepción, (5) de la proyección parcial, (6) de la diversidad, (7) de la identidad, (8) de la identidad encubierta. A continuación compartiremos el núcleo conceptual de cada uno de ellos, y posteriormente agregaremos el argumento (9) del reduccionismo social.

El argumento de la torre de marfil, se basa en que “las consecuencias que se quieren derivar del modelo social son difícilmente trasladables a la práctica (...) El modelo social posee ciertamente un valor teórico pero una cosa es la teoría y otra la práctica”²⁸. La contra-argumentación que proporciona este autor es que el modelo social surge justamente de la práctica, concretamente de la discusión y la lucha de las personas con discapacidad.

Por su parte, el argumento asistencial, es aquel que proporcionó cuerpo conceptual al modelo rehabilitador o médico. Este argumento considera que la discapacidad es una anomalía que poseen ciertas personas utilizando un discurso basado en lo asistencial y no de derechos humanos.

El argumento del temor, se relaciona con el anterior, pero agrega otro componente que es “*el riesgo de la autonomía*”. Este se basa en el temor a que suceda un acontecimiento no querido por el desarrollo de la autonomía de las personas con discapacidad.

Asimismo, el argumento de la excepción consiste en afirmar que la cuestión de la discapacidad es una cuestión excepcional. Es decir, se critica la universalidad del modelo social por considerar la discapacidad una situación de excepción.

El argumento de la proyección parcial, expresa que el modelo social solo es válido para algunas situaciones de discapacidad, pero no para todas. Existen ciertos tipos de discapacidad, como la psicosocial que exigen, sobre todo, políticas sanitarias y de medidas rehabilitadoras. Desde esta mirada se propone combinar, ante la discapacidad, un discurso de derechos con un discurso de corte asistencial.

²⁷ Rafael De Asís, Derechos humanos y discapacidad. En la obra: A. Palacios, (Ed.) Igualdad, no discriminación y discapacidad (Madrid: Dykinson, 2007), 2

²⁸ Rafael De Asís, Derechos humanos y discapacidad... 6

Otro argumento es el basado en la identidad. Aquí el modelo social es puesto también en discusión por planteamientos de corte identitario. El autor da el ejemplo de las personas sordas, donde “la utilización de la lengua de señas, se plantea, en muchos casos, como demanda basada en un discurso de corte identitario y, en este sentido, de problemático acomodo en la construcción tradicional del modelo social y, en ocasiones, enfrentado a éste”²⁹.

Otra de las críticas que se hacen al modelo social, tiene que ver con que puede estar proponiendo paradójicamente lo mismo que el modelo médico pero en un sentido contrario ya que se genera un reduccionismo social. Ante esto podemos plantear que hacer hincapié en la mirada social no significa reducir el proceso de salud-enfermedad-atención a lo social (negando así los aspectos biológicos o psicológicos de padecer). Esta mirada no es social por que niega las otras facetas de la enfermedad, es social porque inserta la comprensión del tema en los procesos sociales, donde la ideología y desigualdad reordenan quien está dentro y fuera de ciertos rangos de normalidad.

Otro de los argumentos los proporciona el *modelo de la diversidad*. Desde esta mirada la discapacidad es un aspecto más dentro de las varias diversidades que encontramos en la sociedad. Este modelo ha sido ampliamente discutido, de modo que vale la pena desarrollar sus argumentos principales.

El modelo de la diversidad

Este se inicia como una revisión y crítica al modelo social pero fue tal la importancia que adquirió, que se constituyó como un modelo diferente para pensar la discapacidad. Algunos de los autores que lo desarrollan³⁰ consideran que es superior al modelo social. Este modelo se funda en una visión basada en los Derechos Humanos y propone la bioética como una herramienta fundamental para alcanzar la plena dignidad, ciudadanía y emancipación de las personas discriminadas por su diversidad funcional.

El objetivo central de esta óptica se basa en *correr el foco de la capacidad como eje conceptual, para colocar atención en la dignidad*. Así las personas con *diversidad funcional* poseen una diversidad al igual que otros colectivos: de género, religión, orientación sexual, etc. En otras palabras, el modelo de la diversidad descarta la utilización de la capacidad de las personas como núcleo de definición de colectivo, para convertirlo en una cuestión de dignidad. Una dignidad que tiene dos vertientes: la dignidad intrínseca o moral que se sustenta en dar el mismo valor para todas las vidas de todos los seres humanos; y la dignidad extrínseca o jurídica, que se obtiene al dar los mismos derechos y las mismas oportunidades a todas las personas. En este sentido, los autores que trabajan sobre este modelo expresan que los modelos anteriores colocan el énfasis en el ámbito de la dignidad extrínseca o jurídica y la han convertido en una cuestión de derechos humanos, pero no han tenido en cuenta el ámbito moral de la persona, su dignidad intrínseca como ser humano.

²⁹ Rafael De Asis. Derechos humanos y discapacidad... 9

³⁰ Agustina Palacios y Javier Romanach, El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional (Ediciones Diversitas- AIES. 2006).

En este modelo la noción de diversidad funcional emerge como una cuestión central. Esta es una noción que comenzó a discutirse en el contexto del Foro de Vida Independiente. El concepto trata de “superar las definiciones en negativo (discapacidad, minusvalía), reclamando el derecho al pleno reconocimiento de su dignidad como una expresión más de las muchas diversidades”³¹. El punto central del uso de este término es que no designa a un solo colectivo, sino que describe a toda la especie humana. Las formas en que desplegamos las funciones físicas y psíquicas son diferentes en cada historia de vida. Desde esta óptica se afirma que la diversidad es un elemento inherente a la propia naturaleza humana, en el sentido de que es una característica humana que nos incluye a todos y todas en nuestras diferencias.

Conclusiones

El presente trabajo se propuso identificar algunas de las formas en las que se conceptualiza el proceso de salud-enfermedad-atención en el área de la salud mental, tomando como principal insumo las normativas-jurídicas internacionales y nacionales. En primera instancia analizamos las nociones que se acercan a un modelo médico del proceso de salud-enfermedad-atención. Posteriormente discutimos las nociones que destacan los aspectos sociales y relacionales del proceso.

Consideramos que el foco en el modelo social nos permite trascender y hacer visible aquellos aspectos aun no estudiados con ahínco como son los aspectos sociales del padecer, promoviendo observar las barreras sociales que contribuyen con la vulneración de derechos del sujeto en situación de discapacidad. Asimismo este enfoque contribuye con la comprensión de los soportes sociales, entendidos estos como

“el contexto social y científico que legitima las intervenciones transformadoras en el campo de la Salud Mental. La idea de legitimación engloba dos aspectos: el de creación o generación de teorías, técnicas y acciones concretas, por un lado, y por otro, el tipo de sustento en el orden epistemológico y social de prácticas elaboradas en un contexto con relación a una problemática social específica”³².

Ahora bien, el hecho de introducir algunas discusiones vigentes que se dan al interior del modelo social nos permitió corroborar que el estudio de los contenidos normativos requiere que observemos las tensiones existentes entre los modelos y las diversas perspectivas en su interior. Abordar las diferentes nociones del proceso de salud-enfermedad-atención mental en las normativas, nos permitió observar cómo las nociones son móviles, no desempeñando el papel de una figura que detiene el tiempo y lo congela, más bien delineando una determinada regularidad que le es propia a una serie de acontecimiento discursivos. El objetivo no era debatir acerca de cuál sería la mejor noción para referir a la salud mental, sino más bien, dar cuenta de las cristalizaciones que marcan caminos de intervención, y que se basan en diversos objetos (nuevos tipos de individuos, nuevos comportamientos, nuevas patologías por ejemplo) y diferentes conceptos (nuevos edificios teóricos).

³¹ Susana Diaz y Miguel Ferreira, Desde la discapacidad hacia la diversidad funcional. Revista Internacional de Sociología (RIS) Vol 68 (2010) 298.

³² Silvia Faraone, Reformas en Salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. Salud mental y comunidad. Vol: 3 (2013) 63.

Bibliografía

Acuña, Carlos y Bulit, Luis Políticas sobre la discapacidad en la Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI. 2010.

Centro de Estudios Legales y Sociales. Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: Siglo XXI. 2008

Centro de Estudios Legales y Sociales. Derechos humanos en Argentina. Informe 2011. Buenos Aires: Siglo XXI. 2011.

Cayo, Luis. Discapacidad, Derecho y Políticas de inclusión. Madrid: Cermi. 2010.

De Asis, Rafael. Derechos humanos y discapacidad. En la obra: Palacios, A. (Ed.) Igualdad, no discriminación y discapacidad. Madrid: Dykinson. 2007

Diaz, Susana y Ferreira, Miguel. Desde la discapacidad hacia la diversidad funcional. Revista Internacional de Sociología (RIS) Vol 68 (2010) 289-309

Faraone, Silvia. Reformas en Salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. Salud mental y comunidad. Vol: 3 (2013) 29-40

Kraut, Alfredo. Salud mental. Tutela jurídica. Santa fe: Rubenzal Culzoni. 2006.

Menendez, Eduardo. De sujetos saberes y estructuras. Buenos Aires: Lugar, 2009.

Miguez, Maria; Angulo Sofia y Diaz sharon Infancia y discapacidad Una mirada desde las ciencias sociales en clave de derechos. Montevideo: Universidad de la Republica Uruguay. 2015.

Palacios, Agustina. El Modelo Social De Discapacidad: Orígenes, Caracterización Y Plasmación En La Convención Internacional Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad. Madrid: CINCA. 2008.

Palacios, Agustina y Romanach, Juan. El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Madrid: Diversitás, 2006.

Normativa Consultada

Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía. Ginebra Organización Mundial de la Salud, 1980.

Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

Código Civil. Leyes Complementarias. Velez Sarfield. Ley 340. Congreso de la Nación Argentina. 25 de septiembre 1869.

Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.994 de aprobación. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Octubre 7 de 2014.

Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006.

Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Guatemala. Julio 6 de 1999.

Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela 14 de noviembre de 1990.

Declaración de los Derechos de los Impedidos de las Naciones Unidas. Asamblea General en su resolución 3447. 9 de diciembre de 1975.

Decreto 603/2013 Ley N° 26.657 Reglamentación. Buenos Aires., 28 de mayo del 2013.

Ley de Salud Mental 26657. Boletín Oficial Argentina el 03 de Diciembre de 2010.

Ley 22431 Sistema de protección integral de los discapacitados. Buenos Aires, 16 de marzo de 1981.

Ley 24901. Reglamentada por el decreto 1193/98. Buenos Aires, 1998.

Plan Nacional de Salud Mental. Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Oficial. Octubre 2013.

Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental. Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 46/119. 17 de diciembre de 1991.

Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. 9 de noviembre de 2005.

Para Citar este Artículo:

Bru, Gabriela Silvina. Sujetos, conceptos y modelos: reflexiones sobre las normativas jurídicas en el campo salud mental (Argentina). Rev. Incl. Vol. 4. Num. 1, Enero-Marzo (2017), ISSN 0719-4706, pp. 108-121.

221 B
WEB SCIENCES

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.