

# Políticas públicas en salud mental

*De un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*

Serie Normas y Acciones en un Estado de Derecho

Colección Derechos Humanos para Todos



Secretaría de Derechos Humanos  
Ministerio de Justicia  
y Derechos Humanos  
Presidencia de la Nación

# Políticas públicas en salud mental

*De un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*

Políticas públicas en salud mental : de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos / compilado por Malena Arriagada ; Leticia Ceriani ; Valeria Monópoli. - 1a ed. - Buenos Aires : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 2013.

90 p. ; 27x19 cm. - (Derechos humanos para todos. Normas y acciones en un estado de derecho)

ISBN 978-987-1407-52-1

1. Políticas Públicas. 2. Salud Mental. 3. Derechos Humanos. I. Arriagada, Malena, comp. II. Ceriani, Leticia, comp. III. Monópoli, Valeria, comp.

CDD 320.6

1ª edición: julio de 2013

3.000 ejemplares

ISBN 978-987-1407-52-1

© Secretaría de Derechos Humanos

Esta publicación fue realizada por la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, dependiente de la Subsecretaría de Protección de Derechos Humanos de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Equipo técnico: Área de Salud Mental y Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad.

Edición, diseño y diagramación: Área de Publicaciones de la Secretaría de Derechos Humanos, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

25 de Mayo 544 PB  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires -Argentina

[www.derhuman.jus.gob.ar](http://www.derhuman.jus.gob.ar)

Hecho el depósito que establece la Ley Nº 11.723  
Impreso en la Argentina

**Presidenta de la Nación**  
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

**Ministro de Justicia y Derechos Humanos**  
Dr. Julio César Alak

**Secretario de Derechos Humanos**  
Dr. Juan Martín Fresneda

**Subsecretario de Promoción de Derechos Humanos**  
Sr. Carlos Pisoni

**Subsecretario de Protección de Derechos Humanos**  
Dr. Luis Hipólito Alén

**Directora Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad**  
Lic. Victoria Martínez



<u>Presentación</u>	<u>7</u>
<u>Derechos humanos y salud mental</u>	<u>9</u>
<u>Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental</u>	<u>17</u>
<u>Decreto N° 603/2013. Reglamentación de la Ley N° 26.657</u>	<u>25</u>
<u>Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado</u>	<u>39</u>
<u>Ley N° 26.378 de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo</u>	<u>44</u>
<u>Declaración de Caracas</u>	<u>67</u>
<u>Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental</u>	<u>69</u>
<u>Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental</u>	<u>78</u>
<u>Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual</u>	<u>82</u>
<u>Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (Principios de Brasilia)</u>	<u>86</u>
<u>Leyes provinciales de salud mental</u>	<u>89</u>



# Presentación

Desde el inicio de la actual gestión de gobierno, por mandato del entonces presidente Néstor Kirchner, se comenzó a trabajar a partir de un enfoque transversal de los derechos humanos.

En ese sentido, la Secretaría de Derechos Humanos ha desarrollado sus tareas específicas a través de distintas líneas de acción. Uno de sus objetivos apunta a la adecuación normativa del derecho interno con el derecho internacional de los derechos humanos, así como también a la revisión de las prácticas y reformas institucionales para consolidar una política pública en derechos humanos.

En lo que concierne al impulso de políticas públicas, se propició la creación de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos que viene trabajando desde el año 2005 y de la cual participan directores de hospitales, autoridades provinciales en materia de salud mental, asociaciones de familiares y organismos de derechos humanos y también usuarios del sistema de salud mental.

La aprobación de la Ley N° 26.657 y la reciente sanción de su Decreto Reglamentario N° 603 del 28 de mayo de 2013 regulan la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental y se presentan como una innovadora legislación en materia de política en salud mental. Encuentran sus fundamentos en los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud mental. Se plantea un nuevo paradigma diferente al existente, que permite pasar de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo o la restitución de sus derechos.

No menos importante es que esta normativa aborda la temática de las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental que tienen como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas con uso problemático de sustancias, legales e ilegales, haciendo foco en la singularidad de la persona más allá del tipo de adicción que padezca.

Entonces podemos afirmar que la nueva ley remueve las viejas prácticas manicomiales y establece un nuevo sistema que permite recuperar la dignidad de los pacientes.

Esta nueva perspectiva implica la necesidad de promover la apertura a otros discursos, otras miradas y otros aportes. Este es el nuevo desafío que la ley impone. De ahí la necesidad de la capacitación y la práctica profesional de los distintos agentes, profesionales y efectores que integran los servicios de salud mental.



En paralelo, para lograr implementar la ley, es necesario, desde los órganos del Estado, diseñar las políticas públicas en materia de salud mental, para la accesibilidad al sistema de salud integral mediante la creación de condiciones hospitalarias para la atención.

Así, se trata de impulsar la creación o fortalecimiento de las redes de salud pública a nivel municipal y provincial, en los hospitales generales, teniendo en cuenta la especificidad del tema, con guardias en salud mental, áreas acondicionadas y los dispositivos clínicos necesarios.

Esta ley impone una responsabilidad colectiva que implica una participación más activa de todos los involucrados en la temática –no solo el sector de la salud–, sino las áreas relacionadas con la vivienda, educación, empleo digno y la accesibilidad.

En ese mismo sentido, es dable mencionar que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad impone también un cambio de paradigma basado en el modelo social o de derechos humanos, con abandono del enfoque médico de la discapacidad.

Lo antedicho impone así, un deber de interacción federal mediante un trabajo jurisdiccional –provincias, municipios y CABA– bajo el criterio interministerial.

Finalmente, debe destacarse que la internación permanente, la excesiva medicación, el aislamiento familiar, cultural y social son los métodos que aún hoy, a pesar de todo el andamiaje legal y jurídico, persisten.

Podríamos citar pactos, declaraciones, convenciones, leyes, protocolos nacionales e internacionales donde la salud queda consagrada como derecho humano fundamental, pero si se siguen manteniendo las mismas prácticas sin cambios estructurales, todo queda como una normativa, en definitiva, retórica, vacía e ineficiente.

Debe quedar en claro que lo importante son los derechos efectivos, y su materialización, y no solo su mera declaración.

Por ello, es necesario y fundamental no solo la legislación específica en la materia, que este cuadernillo acerca a todos los usuarios, profesionales, funcionarios, efectores, operadores judiciales, sino tener en cuenta, también, que estamos frente a un fenómeno de transformación de prácticas tradicionales, sobre la base del papel activo asumido por el Estado como sujeto protector de los derechos humanos.

**Dr. Juan Martín Fresneda**

Secretario de Derechos Humanos

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación

# Derechos humanos y salud mental

## Principios de derechos humanos

La Secretaría de Derechos Humanos lleva adelante la tarea de promover y proteger los derechos fundamentales de todas las personas.

Al hacerlo se toman en consideración no solo los instrumentos internacionales o normas internas que reconocen y garantizan derechos humanos, sino también aquellos principios que brindan criterios interpretativos para armonizar y compatibilizar el alcance de los derechos protegidos y las obligaciones asumidas por el Estado y dan coherencia al ordenamiento jurídico.

Estos principios, surgidos de normas internacionales de derechos humanos, permiten que al leer los diferentes textos legales, o a veces también una misma norma con disposiciones aparentemente contradictorias, el intérprete realice una lectura, entre todas las posibles, adecuada al enfoque de derechos.

Entre esos principios podemos señalar los siguientes:

- **Principios de universalidad e inalienabilidad**, que implican que todas las personas tenemos los mismos derechos, en cualquier sociedad, y que los individuos no pueden renunciar a ellos.

- **Principios de indivisibilidad e interdependencia**, referidos al hecho de que todos los derechos humanos, sean estos derechos civiles

y políticos, económicos, sociales o culturales, son derechos dependientes entre sí y se encuentran relacionados. Debido a ello, la garantía de uno facilita la garantía de los demás y la privación de un derecho afecta negativamente los otros.

- **Principio de igualdad y no discriminación**, conforme el cual no se admiten distinciones que tengan por objeto o resultado la anulación o el menoscabo del reconocimiento, goce o ejercicio de un derecho humano, ya que todos ellos deben ser garantizados en condiciones de igualdad.

Esta noción se integra con la de “discriminación inversa”, que implica el reconocimiento de que ciertos grupos vulnerables enfrentan desigualdades de hecho para el ejercicio de sus derechos, lo que legitima una distinción en el trato a fin de posibilitar su goce o ejercicio en condiciones de igualdad reales. Dice Mónica Pinto que “lo que legitima la discriminación inversa es la temporalidad de las medidas adoptadas, la que debe leerse en un contexto de cambio cultural, de formación de hábitos sociales”<sup>1</sup>.

- **Principio *pro homine***, según el cual, cuando se trata de reconocer derechos protegidos, debe acudirse a la norma que permite realizar la interpretación más amplia, mientras que, si se trata de restricciones a los derechos, se requiere una interpretación restrictiva.

<sup>1</sup> Pinto, Mónica, *Temas de Derechos Humanos*. Editores del Puerto, Buenos Aires, 1997, p. 85.

## Herramientas jurídicas para el impulso de políticas públicas

Entre las herramientas jurídicas con las que se ha contado para impulsar políticas públicas en materia de salud mental con enfoque de derechos humanos, se encuentran la Constitución Nacional, algunos instrumentos internacionales de derechos humanos y ciertas leyes nacionales o locales con una adecuada perspectiva de derechos humanos.

Debe recordarse que el artículo 31 de la Carta Magna establece: “Esta Constitución, las leyes de la Nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso y los tratados con las potencias extranjeras son la ley suprema de la Nación; y las autoridades de cada provincia están obligadas a conformarse a ella, no obstante cualquiera disposición en contrario que contengan las leyes o constituciones provinciales...”.

### Constitución Nacional

La Constitución Nacional se dirige, tal como surge del Preámbulo, a todos los habitantes del país. Ello significa que todas las personas sujetas a jurisdicción del Estado argentino gozan de los derechos establecidos en el Capítulo Primero de la Primera Parte de la Constitución Nacional, entre ellos: igualdad ante la ley (artículo 16), debido proceso (artículo 18) y privacidad (artículo 19).

A su vez, en el artículo 75, inciso 23, la Carta Magna dispone que corresponde al Congreso Nacional “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen 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 vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con

discapacidad”. Teniendo esto presente, se han sancionado en los últimos años varias leyes cuyo punto común es abordar un grupo social o una problemática social con enfoque de derechos<sup>2</sup>.

Finalmente, el artículo 75, inciso 22, establece que los tratados que cita “...en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos...”.

Debido a ello, si bien la Constitución no reconoce explícitamente el derecho a la salud, como se verá a continuación, la obligación del Estado argentino de tomar medidas para garantizarlo se torna exigible y fundamentada en normas que gozan de la máxima jerarquía normativa.

### Instrumentos internacionales de derechos humanos

La salud mental es parte integral de la salud de los sujetos, y esta se encuentra reconocida expresamente en numerosos tratados internacionales de derechos humanos como un derecho fundamental.

Para garantizar el derecho a la salud mental (al igual que ocurre con todos los derechos), y teniendo en cuenta el principio de interdependencia que rige en materia de derechos humanos<sup>3</sup>, deberán garantizarse otros derechos que trascienden lo atinente específicamente al derecho a la salud.

En ese sentido, el párrafo 3º de la Observación General Nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone: “El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vi-

<sup>2</sup> Entre ellas, Ley Nº 25.871 de Migraciones; Ley Nº 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; Ley Nº 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus Relaciones Interpersonales, y Ley Nacional Nº 26.657 de Salud Mental.

<sup>3</sup> Ver en la página anterior Principios de derechos humanos.

vienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud”.

Son muchos los instrumentos internacionales de derechos humanos con carácter vinculante para el Estado argentino que establecen obligaciones con relación al derecho a la salud.

Genéricamente, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho a la salud a todas las personas en su artículo 12. En relación con grupos específicos de la población, el reconocimiento de ese derecho aparece en los siguientes instrumentos: Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (artículo 5, inciso e, punto IV), Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (artículo 12), Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24) y Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (artículo 25), entre otros.

Por otro lado, los organismos de derechos humanos de los sistemas de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos han manifestado la importancia de que los instrumentos internacionales de derechos humanos no vinculantes referidos a salud mental se utilicen como guía interpretativa en relación con el derecho a la salud que protegen<sup>4/5</sup>.

Entre estos instrumentos, cuya legitimidad se ampara en el hecho de que resultan acuerdos básicos de la comunidad internacional con relación al tema en cuestión y ofrecen una referencia pormenorizada de los distintos derechos que deben ser garantizados en esta materia, se destacan:

- **Declaración de Caracas**, adoptada por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (Silos), convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990. Esta declaración resulta relevante en lo que a modificación de la estructura de los servicios de salud mental respecta.

- **Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (Principios de Brasilia)**, adoptados en el marco de la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, celebrada en Brasilia, del 7 al 9 de noviembre de 2005, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde la adopción de la Declaración de Caracas.

- **Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM)**, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991, establecen estándares mínimos de derechos humanos acerca de cómo debe llevarse a cabo la práctica en materia de atención de la salud mental.

- **Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental**, aprobada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en su 111º período extraordinario de sesiones, el 4 de abril de 2001, recomienda a los Estados tomar medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo, etc., para promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mental.

- **Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual**, adoptada por la Conferencia de la Organización Panamericana-

<sup>4</sup> E/CN.4/2005/51, 14 de febrero de 2005, Informe sobre la Discapacidad Mental y el Derecho a la Salud, párrafo 30, Relatoría especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Comisión de Derechos Humanos, Consejo Económico y Social, Naciones Unidas.

<sup>5</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, sentencia de 4 de julio de 2006, párrafo 111.

na de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el 6 de octubre de 2004, cuyo objetivo es servir de guía a los Estados nacionales, organizaciones internacionales, autoridades públicas y sociedades civiles, en sus gestiones para garantizar una ciudadanía plena y completa a las personas con discapacidad intelectual.

### La Ley Nacional Nº 26.657 de Salud Mental

La Secretaría de Derechos Humanos ha participado activamente en la redacción de la actual Ley Nacional de Salud Mental recomendando la inclusión de los principios contenidos en instrumentos internacionales sobre la cuestión, así como también de aspectos relacionados con prácticas en salud mental con enfoque de derechos humanos, teniendo en cuenta la situación histórica, política y social del país.

En este sentido, ha puesto sus mayores esfuerzos para lograr que finalmente se sancionara el 25 de noviembre de 2010. Dicha ley es el resultado del nivel de debate, participación y consenso alcanzado en el marco de las diversas actividades emprendidas conjuntamente entre los tres poderes del Estado y la sociedad civil.

La ley 26.657 encuentra sus fundamentos en los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud mental y su eje principal es la garantía del derecho a la salud en el marco comunitario, la integración y la plena inclusión de las personas con padecimiento mental en la comunidad y su consideración como titulares de derechos con capacidad jurídica para ejercerlos plenamente.

### La ley de salud mental y los principios interpretativos de los derechos humanos

De acuerdo con el principio de universalidad, la ley 26.657 tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas que se encuentran en el territorio nacional (artículo 1). Recapitando el principio *pro homine* dispone que se aplica “sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de esos derechos puedan establecer las provin-

cias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” (artículo 1).

Al reconocer la salud mental como un “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos”, recoge el principio de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, pues solo podrá darse adecuada garantía al derecho a la salud mental cuando, a su vez, se vean garantizados otros derechos vinculados con aspectos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. Ello se plasma en el inciso a, del artículo 7, que reconoce el derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada.

El principio de igualdad es formalmente recogido en el inciso i, del artículo 7, que reconoce el derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado. Se destaca que la sanción de la ley representa también una medida de “discriminación inversa”, al reconocer específicamente derechos para las personas con padecimiento mental (artículo 7, por ejemplo) y visibilizar a este grupo social como en situación de vulnerabilidad.

### Otros estándares

#### Atención Primaria de Salud

La ley 26.657 recoge la estrategia de Atención Primaria de Salud, que fue impulsada desde la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud por considerarla la más adecuada para lograr el objetivo de “salud para todos”.

La Declaración de Caracas, que integra la ley conforme el artículo 2, tiene por objetivo propiciar que específicamente los programas de salud mental se adapten a los principios y orientaciones que fundamentan esa estrategia, a fin de que todas las personas puedan gozar del derecho a la salud mental en un marco de garantía integral de sus derechos. Para ello, exhorta a los gobiernos, entre otras cuestiones, a:

- promover modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
- reestructurar la atención psiquiátrica en la región revisando críticamente el papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

- respetar los derechos fundamentales de las personas atendidas;
- sostener la permanencia de la persona atendida en su medio comunitario;
- capacitar recursos humanos en salud mental y psiquiatría en el sentido de desplegar el servicio de salud comunitaria y propiciar la internación psiquiátrica en los hospitales generales.

Esta ley hace propia la declaración al incorporarla, en el artículo 2, pero también a lo largo de su texto, cuando reconoce el derecho a la salud mental de todas las personas (artículo 1), cuando expresa la preferencia a una atención fuera del ámbito de internación hospitalario (artículo 9), cuando promueve el desarrollo de dispositivos intersectoriales y de inserción comunitaria (artículo 11), cuando dispone que las internaciones de salud mental se realicen en hospitales generales (artículo 28) y cuando establece el deber de la autoridad de aplicación de realizar capacitaciones y promoción de derechos en universidades públicas y privadas y para profesionales, especialmente los que se desempeñen en servicios de salud mental (artículo 33).

Desde esta perspectiva, al garantizar el derecho a la salud a través de la estrategia de atención primaria de la salud, la ley garantiza a su vez otros derechos reconocidos: derecho a la libertad, derecho a vivir en comunidad, derecho al trabajo, derecho a la igualdad, etc.

### **Tratamiento garante de derechos humanos**

La ley 26.657 es reiterativa al sostener entre sus pilares la protección de los derechos humanos de las personas y lo hace, explícitamente, en los artículos 1, 3, 7, 33 y 38.

Muchos de los estándares que establece la ley surgen de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.

Estos principios establecen la necesidad de que el tratamiento:

- Sea confidencial (principio 6).
- Respete el consentimiento personal, libre e informado (principio 11).
- Garantice el derecho a la información sobre derechos y formas de ejercerlos, en lenguaje comprensible para el paciente (principio 12).

- Se base en criterios racionales y técnica adecuada, sea lo menos restrictivo y alterador posible y destinado a preservar y estimular la independencia personal (principio 9).

- La medicación se administre con fines terapéuticos y nunca como castigo o para conveniencia de terceros y se registre siempre en la historia clínica (principio 10).

Estos estándares se vinculan con la garantía del derecho a la intimidad, a la integridad personal, a la libertad y a la salud, todos ellos reconocidos en diversos instrumentos de derechos humanos.

La ley 26.657 los recoge cuando establece la prohibición de diagnosticar en el campo de la salud mental exclusivamente sobre ciertas bases (ver artículo 3) y el derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos (artículo 7, inciso c). También cuando reconoce el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente y que menos restrinja sus derechos y libertades (artículo 7, inciso d).

El derecho a la información sobre los derechos y todo lo inherente a la salud y tratamiento es reconocido en el inciso j, del mismo artículo, mientras que la confidencialidad es resguardada por el inciso l.

La libertad de elección respecto de la atención de la salud y el tratamiento es dispuesta por los incisos k y m, del artículo 7, y también reforzada por el artículo 10, que dispone que “por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones”. Debe recordarse que, a su vez, la Ley Nº 26.529 sobre Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado regula en el artículo 5 todo lo relativo al consentimiento informado en materia de salud y en el artículo 11, las directivas anticipadas, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos.

El derecho a ser medicado solo con fines terapéuticos se consagra en el artículo 12.

Decir que el tratamiento de salud mental que se le proponga y elija realizar la persona debe garantizar sus derechos humanos implica admitir límites a la intervención profesional, reconociendo la necesidad de que contemple la salud mental como un proceso en el que debe lograrse un equilibrio entre diversos factores

(deseos personales, recursos familiares y sociales, contexto cultural y social, entre otros). Son esos factores los que la ley contempla al explicitar el deber de garantía a otros derechos en el marco del resguardo del derecho a la salud.

### **Evaluación y diagnóstico integrales**

El artículo 3 de la ley 26.657 establece que se “reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos...”. Coherente con ello, el artículo 8 promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados provenientes de las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. En la misma línea, el artículo 9 refiere que el abordaje debe ser interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud.

Desde este enfoque, entonces, el diagnóstico debe contemplar las diversas perspectivas de la vida de la persona para ser considerado tal en el ámbito de la salud mental.

### **Internaciones y derechos humanos**

El artículo 14 de la ley 26.657 considera la internación de una persona como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que solo puede concretarse cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

Esto resulta una garantía a varios derechos: la libertad ambulatoria, la vida familiar y comunitaria, el trabajo, la educación, etc. y, fundamentalmente, la no discriminación, ya que, al evitar la institucionalización (que en cierto sentido implica una exclusión de los ámbitos sociales comunes), se propicia la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

El sentido de formular mediante una ley que la internación sea utilizada solo como recurso de *ultima ratio* se encuentra vinculado con la necesidad de limitar su utilización como forma preponderante de abordaje para ciertos problemas de salud mental. Ello obliga al Estado a desarrollar y supervisar la im-

plementación de otros recursos de atención y contención de las personas con padecimiento mental, tanto en los servicios de salud estatales como los privados.

Es por eso que el artículo 11 obliga a la autoridad de aplicación de la ley 26.657 a promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Esto debe leerse en consonancia con la prohibición de crear nuevos manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, y la obligación de adaptación progresiva de los ya existentes a la ley 26.657 hasta la sustitución definitiva por los dispositivos “alternativos” (artículo 27). Y también en relación con el artículo 28, que establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales.

Debe tenerse presente que este proceso, conocido como “desmanicomialización”, acompaña la estrategia de atención primaria de la salud y la descentralización de los servicios de salud y propicia la atención de la salud mental en los centros de atención comunitaria y los hospitales generales, recursos mucho más asequibles a las personas y sus familias. Con ello, a su vez, fomenta la inclusión comunitaria y la garantía de los derechos fundamentales de las personas. Asimismo, el artículo 27 precisa que “esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos”.

En otro sentido, otras herramientas que resultan importantes a fin de impulsar una reducción en las internaciones psiquiátricas son la evaluación y el diagnóstico integral, antes desarrollados. Gracias a ellos, es posible considerar distintas perspectivas de la vida de la persona y evaluar qué recursos son valiosos para acompañar el tratamiento.

Por otra parte, el consentimiento informado (regulado en el artículo 5 de la ley 26.529 y en el artículo 10 de la Ley Nacional de Salud Mental) cumple un rol fundamental, ya que su exigencia eleva el estándar requerido para internar a una persona. Ello es así debido a que la ley 26.657 desarrolla un sistema de

controles (en cabeza del Poder Judicial o del Órgano de Revisión que crea para tal efecto) para garantizar que las internaciones no se prolonguen por causas ajenas a las terapéuticas y que tengan una duración breve, para luego continuar el tratamiento en forma ambulatoria (ver capítulo VII, ley 26.657).

Ese sistema es, en principio, diferente según se trate de una internación para la cual la persona ha dado su consentimiento informado (artículos 14 a 19) o para una internación involuntaria, es decir, sin que la persona otorgue dicho consentimiento (artículos 20 a 26).

### Consentimiento informado

El artículo 5 de la ley 26.529 dispone que “consentimiento informado” es “...la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) su estado de salud; b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) los beneficios esperados del procedimiento; d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados”.

Así entendido, constituye una institución jurídica relevante a fin de garantizar el derecho a la libertad (en tanto posibilidad de elegir), el que para ser plenamente ejercido, y en vinculación con el principio de interdependencia ya señalado, presupone la garantía de otros derechos, entre ellos, el derecho a la información.

Con relación a este tema, es importante realizar algunos señalamientos vinculados con la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental ya que, en algunos casos, el ordenamiento jurídico las incapacita para la realización de actos jurídicos mediante los procedimientos judiciales de insania (artículo 54, inciso 3 y 141, del Código Civil) o inhabilitación (artículo 152 bis del Código Civil), reemplazando sus decisiones por las de un “curador” (artículos 56 y 57, inciso 3, del Código Civil). Es este un perfil institucional

acorde al Estado tutelar, donde se le supone a otro, diferente de la persona con padecimiento mental (demente, según el Código Civil), un mejor saber o un decidir mejor, valorizando más los resultados de la elección (lo que siempre se hace conforme a algún criterio) que el ejercicio del derecho a elegir, con todas las implicancias que respecto de la subjetividad ello conlleva.

Respecto del régimen del Código Civil corresponde destacar que:

1. Antes de la sanción de la ley 26.657, las declaraciones de insania limitaban tanto los actos de disposición o de administración y afectaban prácticamente la totalidad de los actos con trascendencia jurídica que una persona podía realizar. La inhabilitación, por su parte, restringía solo los de disposición. Si bien esta distinción resultaba valiosa por permitir graduar los alcances de la decisión de incapacitación de cada persona, no permitía discernir cualitativamente qué actos cada sujeto tenía dificultades concretas para llevar adelante con responsabilidad y qué actos podía realizar sin problemas.

2. Antes de la sanción de la ley 26.657, las declaraciones de insania o inhabilitación se hacían por tiempo indeterminado y eran susceptibles de revisión a instancias de la persona declarada incapaz o inhábil. Ello obstaculizaba en mucho la posibilidad de una revisión efectiva de la declaración, ya que las personas declaradas incapaces se encuentran en situación de vulnerabilidad para el ejercicio de la autonomía, lo que les dificulta el acceso a su expediente judicial y a un abogado defensor.

3. Ante la declaración de insania o inhabilitación, se dispone actualmente la designación de un curador que reemplaza a la persona declarada insana o inhábil en la toma de decisiones.

Este régimen había entrado en colisión con los postulados de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad –CDPD– (ONU), la que se encuentra vigente respecto del Estado argentino desde el 1º de octubre de 2008 y en su artículo 12 establece:

“Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.



“Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

“Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”.

Debe recordarse que la CDPD, conforme el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional, tiene jerarquía superior a las leyes, y lo que establece, por lo tanto, goza de preeminencia respecto del Código Civil.

La Ley Nacional de Salud Mental avanzó en esta cuestión al incorporar un artículo al Código Civil, el 152 ter, que dice: “Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de tres (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando

que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.”

Sin embargo, ello no resulta suficiente, pues este sistema no garantiza aún que las personas con discapacidad psicosocial puedan tomar sus propias decisiones, lo que afecta su derecho a la autonomía. De hecho, en el artículo 16, inciso c, de la ley 26.657, se admite que otorgue el consentimiento informado la persona que se pretende internar o su representante legal.

En este sentido, desde la Secretaría de Derechos Humanos se impulsa, junto con otros organismos del Estado, la modificación de lo que se denomina el “sistema de sustitución para la toma de decisiones”, es decir, la designación de un curador para que tome las decisiones en lugar de la persona declarada insana. Asimismo, esta secretaría sostiene la necesidad de que toda lectura e interpretación de la ley 26.657 se realice a la luz de la CPCD, ya que, como se mencionó anteriormente, esta última tiene jerarquía supralegal.

# Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

**Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914.**

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

## Ley Nacional de Salud Mental

### Capítulo I. Derechos y garantías

#### Artículo 1

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

#### Artículo 2

Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de

1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

### Capítulo II. Definición

#### Artículo 3

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

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 la persona;

- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

#### Artículo 4

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

#### Artículo 5

La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que solo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

### Capítulo III. Ámbito de aplicación

#### Artículo 6

Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

### Capítulo IV. Derechos de las personas con padecimiento mental

#### Artículo 7

El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que este designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

### Capítulo V. Modalidad de abordaje

#### Artículo 8

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisci-

plinario 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.

#### **Artículo 9**

El proceso de atención debe realizarse 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 orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

#### **Artículo 10**

Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

#### **Artículo 11**

La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

#### **Artículo 12**

La prescripción de medicación solo 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 solo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

### **Capítulo VI. Del equipo interdisciplinario**

#### **Artículo 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.

### **Capítulo VII. Internaciones**

#### **Artículo 14**

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

#### **Artículo 15**

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.

#### **Artículo 16**

Toda disposición de internación, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda.

Solo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

#### **Artículo 17**

En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

#### **Artículo 18**

La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de sesenta (60) días corridos, el equipo de salud a car-

go debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de cinco (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación.

En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

#### **Artículo 19**

El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

#### **Artículo 20**

La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

### **Artículo 21**

La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las cuarenta y ocho (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de tres (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata. El juez solo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

### **Artículo 22**

La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

### **Artículo 23**

El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptua-

do de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

### **Artículo 24**

Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a treinta (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros noventa (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

### **Artículo 25**

Transcurridos los primeros siete (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

### **Artículo 26**

En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

### **Artículo 27**

Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes 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.

**Artículo 28**

Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales.

A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

**Artículo 29**

A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de noventa (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

**Capítulo VIII. Derivaciones****Artículo 30**

Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona solo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe proceder-

se del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

**Capítulo IX. Autoridad de Aplicación****Artículo 31**

El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

**Artículo 32**

En forma progresiva y en un plazo no mayor a tres (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del diez por ciento (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

**Artículo 33**

La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

**Artículo 34**

La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

### **Artículo 35**

Dentro de los ciento ochenta (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes.

Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de dos (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

### **Artículo 36**

La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

### **Artículo 37**

La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los noventa (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

## **Capítulo X. Órgano de Revisión**

### **Artículo 38**

Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

### **Artículo 39**

El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

### **Artículo 40**

Son funciones del Órgano de Revisión:

a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;

c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;

d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;

e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;

f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;

g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;

h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;

i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;

j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;



k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

## Capítulo XI. Convenios de cooperación con las provincias

### Artículo 41

El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;

b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;

c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

## Capítulo XII. Disposiciones complementarias

### Artículo 42

Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos confor-

mado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de tres (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

### Artículo 43

Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

### Artículo 44

Derógase la Ley 22.914.

### Artículo 45

La presente ley es de orden público.

### Artículo 46

Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

# Decreto N° 603/2013. Reglamentación de la Ley N° 26.657

Buenos Aires, 28 de mayo de 2013

Fecha de publicación: B.O. 29 de mayo de 2013

Visto el Expediente N° 1-2002-20706-11-4 del Registro del Ministerio de Salud y la Ley N° 26.657, y

Considerando

Que la Ley N° 26.657 regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina.

Que en dicha ley prevalecen especialmente, entre otros derechos concordantes y preexistentes reconocidos por nuestra Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango Constitucional (conforme artículo 75, inciso 22 de nuestra Carta Magna), los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y equitativo, propugnándose la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Que se destaca asimismo, que los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, instrumento internacional de máximo consenso en la ma-

teria, ha sido incluido como parte del texto de la Ley N° 26.657.

Que la ley aludida, presta asimismo una especial consideración a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos inserto en la normativa constitucional, y destacado en la Declaración de Caracas del año 1990 acordada por los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS).

Que los términos de dicha ley, deberán entenderse siempre en el sentido de que debe velarse por la salud mental de toda la población, entendida la misma como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” en el marco de la vida en comunidad (artículo 3° de la Ley N° 26.657).

Que dicha definición se articula con la consagrada conceptualización de la salud desde la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del

19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados -Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100-).

Que mediante el Decreto N° 457 de fecha 5 de abril de 2010, se creó la Dirección de Salud Mental y Adicciones en la esfera de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud, con el objeto de desarrollar políticas, planes y programas coherentes con el espíritu y texto de la Ley N° 26.657.

Que en tal sentido corresponde en esta instancia dictar las normas reglamentarias necesarias que permitan la inmediata puesta en funcionamiento de las previsiones contenidas en la Ley N° 26.657.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente se dicta en uso de las atribuciones emergentes del artículo 99, incisos 1) y 2) de la Constitución Nacional.

Por ello,

La Presidenta de la Nación Argentina decreta:

#### **Artículo 1**

Apruébase la reglamentación de la Ley N° 26.657 que como Anexo I forma parte integrante del presente Decreto.

#### **Artículo 2**

Créase la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros, presidida por la Autoridad de Aplicación de la Ley citada e integrada por representantes de cada uno de los Ministerios mencionados en el artículo 36 de la Ley N° 26.657.

Cada Ministerio afectará partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan, según su competencia, y que se adopten en la presente Comisión.

La Comisión se reunirá como mínimo una vez al mes y realizará memorias o actas en las cuales se registren las decisiones adoptadas y los compromisos asumidos por cada Ministerio.

La Autoridad de Aplicación deberá promover la creación de ámbitos interministeriales de cada jurisdicción.

La Autoridad de Aplicación deberá convocar a organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares, y de trabajadores, para participar de un Consejo Consultivo de carácter honorario al que deberá convocar al menos trimestralmente, a fin de exponer las políticas que se llevan adelante y escuchar las propuestas que se formulen.

#### **Artículo 3**

El presente decreto entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

#### **Artículo 4**

Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Cristina Fernández de Kirchner – Juan M. Abal Medina – Juan L. Manzur

#### **Anexo I.**

#### **Reglamentación de la Ley N° 26.657**

#### **Capítulo I. Derechos y garantías**

##### **Artículo 1**

Entiéndese por padecimiento mental a 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 artículo 3° de la Ley N° 26.657

##### **Artículo 2**

Sin reglamentar.

## Capítulo II. Definición

### Artículo 3

Sin reglamentar.

### Artículo 4

Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos en la Ley N° 26.657. El eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca.

Entiéndese por “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados.

### Artículo 5

Sin reglamentar.

## Capítulo III. Ámbito de aplicación

### Artículo 6

La Autoridad de Aplicación deberá asegurar, junto con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que las obras sociales regidas por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), la Obra Social del Poder Judicial de la Nación (OSPJN), la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de las Fuerzas de Seguridad, de la Policía Federal Argentina, de la Policía de Seguridad Aeroportuaria, del Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, las entidades de medicina prepaga, las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden por sí o por terceros servicios de salud independientemente de su naturaleza jurídica o de su dependencia institucional, adecuen su cobertura a las previsiones de la Ley N° 26.657

## Capítulo IV. Derechos de las personas con padecimiento

### Artículo 7

Los derechos establecidos en el artículo 7° de la Ley N° 26.657, son meramente enunciativos.

a) Sin reglamentar.

b) Sin reglamentar.

c) La Autoridad de Aplicación deberá determinar cuáles son las prácticas que se encuentran basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Todas aquellas que no se encuentren previstas estarán prohibidas.

d) Sin reglamentar.

e) Sin reglamentar.

f) Sin reglamentar.

g) Sin reglamentar.

h) Sin reglamentar.

i) El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) y la Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual (AFSCA), en el ámbito de sus competencias, en conjunto con la Autoridad de Aplicación y con la colaboración de todas las áreas que sean requeridas, desarrollarán políticas y acciones tendientes a promover la inclusión social de las personas con padecimientos mentales y a la prevención de la discriminación por cualquier medio y contexto.

j) Todas las instituciones públicas o privadas que brinden servicios de salud con o sin internación deberán disponer en lugares visibles para todos los usuarios, y en particular para las personas internadas y sus familiares, un letrero de un tamaño mínimo de ochenta centímetros (0.80 cm) por cincuenta centímetros (0.50 cm) con el consiguiente texto: “La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 garantiza los derechos de los usuarios. Usted puede informarse del texto legal y denunciar su incumplimiento llamando al...” (números de teléfono gratuitos que a tal efecto establezca el Órgano de Revisión de cada Jurisdicción y la autoridad local de aplicación).

Las instituciones referidas precedentemente tienen la obligación de entregar a las personas usuarias y familiares, al momento de iniciarse una internación, copia del artículo 7° de la Ley N° 26.657, debiendo dejar constancia fehaciente de la recepción de la misma.

k) Todo paciente, con plena capacidad o, sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyeran riesgo para sí o para terceros.

Dichas decisiones deberán asentarse en la historia clínica. Asimismo, las decisiones del paciente o sus representantes legales, según sea el caso, podrán ser revocadas. El equipo interdisciplinario interviniente deberá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en la historia clínica.

1) La información sanitaria del paciente solo podrá ser brindada a terceras personas con su consentimiento fehaciente. Si aquel fuera incapaz, el consentimiento será otorgado por su representante legal.

Asimismo, la exposición con fines académicos requiere, de forma previa a su realización, el consentimiento expreso del paciente o en su defecto, de sus representantes legales y del equipo interdisciplinario interviniente, integrado conforme lo previsto en el artículo 8º de la Ley. En todos los casos de exposición con fines académicos, deberá reservarse la identidad del paciente.

El consentimiento brindado por el paciente, en todos los casos, debe ser agregado a la historia clínica.

m) Entiéndese por “consentimiento fehaciente” a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del

procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Dicho consentimiento deberá brindarse ante el organismo público que la autoridad de aplicación determine, fuera de un contexto de internación involuntaria u otra forma de restricción de la libertad.

Todos los proyectos de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales, salvo los que se realicen exclusivamente sobre la base de datos de personas no identificadas, deberán ser previamente aprobados por la Autoridad de Aplicación.

Tanto para la elaboración del protocolo de consentimiento fehaciente como para la aprobación de los proyectos referidos, la Autoridad de Aplicación trabajará en consulta con el Consejo Nacional de Bioética y Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Una vez aprobados los mismos, deberán ser remitidos al Órgano de Revisión para que realice las observaciones que crea convenientes.

n) Sin reglamentar.

o) Sin reglamentar.

p) Entiéndese por “justa compensación” a la contraprestación que recibirá el paciente por su fuerza de trabajo en el desarrollo de la actividad de que se trata y que implique producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

El pago de dicha compensación se verificará siguiendo las reglas, usos y costumbres de la actividad de que se trate. La Autoridad de Aplicación, en coordinación con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, deberá fiscalizar que no existan abusos o algún tipo de explotación laboral.

## Capítulo V. Modalidad de abordaje

### Artículo 8

Los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto.

Las disciplinas enumeradas en el artículo 8º de la Ley N° 26.657 no son taxativas.

Cada jurisdicción definirá las características óptimas de conformación de sus equipos, de acuerdo a las necesidades y particularida-

des propias de la población. En aquellas jurisdicciones en donde aún no se han desarrollado equipos interdisciplinarios, la Autoridad de Aplicación en conjunto con las autoridades locales, diseñarán programas tendientes a la conformación de los mismos, estableciendo plazos para el cumplimiento de dicho objetivo. Hasta tanto se conformen los mencionados equipos, se procurará sostener una atención adecuada con los recursos existentes, reorganizados interdisciplinariamente, a fin de evitar derivaciones innecesarias fuera del ámbito comunitario.

La Autoridad de Aplicación deberá relevar aquellas profesiones y disciplinas vinculadas al campo de la salud mental y desarrollará acciones tendientes a: a) Fomentar la formación de recursos humanos en aquellas que sea necesario, y b) Regularizar la acreditación de las mismas en todo el país.

#### **Artículo 9**

La Autoridad de Aplicación promoverá que las políticas públicas en materia asistencial respeten los siguientes principios:

a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.

b) Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.

c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda.

d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva.

e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.

Asimismo promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental.

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de

programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

#### **Artículo 10**

El consentimiento informado se encuadra en lo establecido por el Capítulo III de la Ley Nº 26.529 y su modificatoria, en consonancia con los principios internacionales.

Si el consentimiento informado ha sido brindado utilizando medios y tecnologías especiales, deberá dejarse constancia fehaciente de ello en la historia clínica del paciente, aclarando cuáles han sido los utilizados para darse a entender.

#### **Artículo 11**

Facúltase a la Autoridad de Aplicación a disponer la promoción de otros dispositivos adecuados a la Ley Nº 26.657, en articulación con las áreas que correspondan, promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad.

Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social.

La Autoridad de Aplicación establecerá los requisitos que debe cumplir cada dispositivo para su habilitación.

Los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda.

Entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.

La Autoridad de Aplicación promoverá que la creación de los dispositivos comunitarios, ya sean ambulatorios o de internación, que se creen en cumplimiento de los principios establecidos en la Ley, incluyan entre su población destinataria a las personas alcanzadas por el inciso 1) del artículo 34 del Código Penal, y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales.

Para promover el desarrollo de los dispositivos señalados, se deberá incluir el componente de salud mental en los planes y programas de provisión de insumos y medicamentos.

### **Artículo 12**

Debe entenderse que no solo la prescripción de medicamentos sino de cualquier otra medida terapéutica, indicada por cualquiera de los profesionales del equipo interdisciplinario, debe cumplir con los recaudos establecidos en el artículo 12 de la Ley N° 26.657.

La prescripción de psicofármacos debe realizarse siguiendo las normas internacionales aceptadas por los consensos médicos para su uso racional, en el marco de los abordajes interdisciplinarios que correspondan a cada caso.

La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes realizadas de manera efectiva por médico psiquiatra o de otra especialidad cuando así corresponda.

## **Capítulo VI. Del equipo interdisciplinario**

### **Artículo 13**

La Autoridad de Aplicación promoverá, en conjunto con las jurisdicciones, protocolos de evaluación a fin de cumplir con el artículo 13 de la Ley N° 26.657.

## **Capítulo VII. Internaciones**

### **Artículo 14**

Las normas de internación o tratamiento que motiven el aislamiento de las personas con padecimientos mentales, ya sea limitando visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, son contrarias al deber de promover el mantenimiento de vínculos. Las restricciones deben ser excepciona-

les, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y deberán ser informadas al juez competente.

Cuando existan restricciones precisas de carácter terapéutico que recaigan sobre algún familiar o referente afectivo, deberá asegurarse el acompañamiento a través de otras personas teniendo en cuenta la voluntad del interesado.

Nunca alcanzarán al abogado defensor, y podrán ser revisadas judicialmente. Las restricciones referidas no son en desmedro de la obligación de la institución de brindar información, incorporar a la familia y referentes afectivos a las instancias terapéuticas e informar sobre las prestaciones que brinda, facilitando el acceso al conocimiento de las instalaciones e insumos que se le ofrecen a la persona.

Se deberá promover que aquellas personas que carezcan de familiares o referentes, afectivos en condiciones de acompañar el proceso de tratamiento, puedan contar con referentes comunitarios. Para ello, la Autoridad de Aplicación identificará, apoyará y promoverá la organización de asociaciones de familiares y voluntarios que ofrezcan acompañamiento.

No será admitida la utilización de salas de aislamiento.

Las instituciones deberán disponer de telefonía gratuita para uso de las personas internadas.

### **Artículo 15**

Cuando una persona estuviese en condiciones de alta desde el punto de vista de la salud mental y existiesen problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación inmediata, el equipo interdisciplinario deberá:

a) Dejar constancia en la historia clínica.

b) Gestionar ante las áreas que correspondan con carácter urgente la provisión de los recursos correspondientes a efectos de dar solución de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 15 de la Ley N° 26.657.

c) Informar a la Autoridad de Aplicación local.

### **Artículo 16**

Todos los plazos a que se refiere la Ley N° 26.657 deberán computarse en días corridos, salvo disposición en contrario.

a) El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. En aquellos casos en que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado Nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro.

La evaluación deberá incorporarse a la historia clínica.

Los profesionales firmantes deberán ser de distintas disciplinas académicas e integrar el equipo asistencial que interviene directamente en el caso, sin perjuicio de la responsabilidad de las autoridades de la Institución.

El informe deberá contener conclusiones conjuntas producto del trabajo interdisciplinario.

b) Deberán consignarse en la historia clínica, los datos referidos al grupo familiar y/o de pertenencia, o en su defecto, las acciones realizadas para su identificación.

c) Para ser considerada una internación voluntaria el consentimiento deberá ser indefectiblemente personal.

#### **Artículo 17**

La Autoridad de Aplicación conjuntamente con el Ministerio del Interior y Transporte y las dependencias institucionales que a estos fines resulten competentes, promoverán la implementación de políticas que tengan como objetivo:

1) facilitar el rápido acceso al Documento Nacional de Identidad (DNI) a las personas que carezcan de él; y

2) la búsqueda de los datos de identidad y filiación de las personas con padecimiento mental cuando fuese necesario, con procedimientos expeditos que deberán iniciarse como máximo a las cuarenta y ocho (48) horas de haber tomado conocimiento de la situación; manteniendo un Registro Nacional actualizado que permita un seguimiento permanente de

estos casos hasta su resolución definitiva. Este Registro Nacional actuará en coordinación con la Autoridad de Aplicación y contendrá todos aquellos datos que tiendan a identificar a las personas o su grupo de identificación familiar.

Para ello los servicios de salud mental deberán notificar obligatoriamente y de manera inmediata a la Autoridad de Aplicación correspondiente el ingreso de personas cuya identidad se desconozca.

La Autoridad de Aplicación regulará el funcionamiento del Registro Nacional debiendo respetar el derecho a la intimidad, la protección de datos y lo indicado en el artículo 7º inciso I), de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657.

#### **Artículo 18**

Solamente podrá limitarse el egreso de la persona por su propia voluntad si existiese una situación de riesgo cierto e inminente, en cuyo caso deberá procederse de conformidad con el artículo 20 y subsiguientes de la Ley Nº 26.657.

Deberá reiterarse la comunicación al cabo de los ciento veinte (120) días como máximo y deberá contener los recaudos establecidos en el artículo 16 de la Ley Nº 26.657. A los efectos de evaluar si la internación continúa siendo voluntaria, el juez solicitará una evaluación de la persona internada al equipo interdisciplinario dependiente del Organismo de Revisión.

#### **Artículo 19**

Sin reglamentar.

#### **Artículo 20**

Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros.

Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica.

No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental.



Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda.

La Autoridad de Aplicación en conjunto con el Ministerio de Seguridad elaborará protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.

Aun en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento.

#### Artículo 21

Las diez (10) horas deben computarse desde el momento en que se efectivizó la medida, incluso cuando su vencimiento opere en día u horario inhábil judicial.

La comunicación podrá realizarse telefónicamente o por otra vía tecnológica expedita y verificable que habrán de determinar en acuerdo la Autoridad de Aplicación local, el Poder Judicial y el Órgano de Revisión.

El Juez deberá garantizar el derecho de la persona internada, en la medida que sea posible, a ser oída en relación a la internación dispuesta.

a) Sin reglamentar.

b) La petición de informe ampliatorio solo procede si, a criterio del Juez, el informe original es insuficiente. En caso de solicitar el mismo o peritajes externos, el plazo máximo para autorizar o denegar la internación no podrá superar los siete (7) días fijados en el artículo 25 de la ley N° 26.657.

Entiéndese por “servicio de salud responsable de la cobertura” al máximo responsable de la cobertura de salud, sea pública o privada.

#### Artículo 22

La responsabilidad de garantizar el acceso a un abogado es de cada jurisdicción.

La actuación del defensor público será gratuita.

En el ejercicio de la asistencia técnica el abogado defensor -público o privado- debe respetar la voluntad y las preferencias de la

persona internada, en lo relativo a su atención y tratamiento.

A fin de garantizar el derecho de defensa desde que se hace efectiva la internación, el servicio asistencial deberá informar al usuario que tiene derecho a designar un abogado.

Si en ese momento no se puede comprender su voluntad, o la persona no designa un letrado privado, o solicita un defensor público, se dará intervención a la institución que presta dicho servicio.

En aquellos estados en los que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, el defensor deberá igualmente procurar que las condiciones generales de internación respeten las garantías mínimas exigidas por la ley y las directivas anticipadas que pudiera haber manifestado expresamente.

El juez debe garantizar que no existan conflictos de intereses entre la persona internada y su abogado, debiendo requerir la designación de un nuevo defensor si fuese necesario.

#### Artículo 23

El equipo tratante que tiene la facultad de otorgar el alta, externación o permisos de salida se compone de manera interdisciplinaria y bajo el criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley N° 26.657.

Cuando una internación involuntaria se transforma en voluntaria, se le comunicará al juez esta novedad remitiéndole un informe con copia del consentimiento debidamente firmado.

En este caso se procederá de conformidad con lo establecido en el artículo 18 de la Ley, debiendo realizar la comunicación allí prevista si transcurriesen sesenta (60) días a partir de la firma del consentimiento.

#### Artículo 24

Los informes periódicos deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas, fundamentando adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación.

Se entenderá que la intervención del Órgano de Revisión, en el marco del presente artículo, procede a intervalos de noventa (90) días.

Hasta tanto se creen los órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, el juez podrá requerir a un equipo interdisciplinario, de un organismo independiente del servicio asistencial interviniente, que efectúe la evaluación indicada por el presente artículo.

#### **Artículo 25**

Sin reglamentar.

#### **Artículo 26**

En las internaciones de personas declaradas incapaces o menores de edad se deberá:

- a) Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible,
- b) Recabar su opinión,
- c) Dejar constancia de ello en la historia clínica,
- d) Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado.

En caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado.

Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso.

Para las internaciones de personas menores de edad el abogado defensor previsto en el artículo 22 de la Ley N° 26.657 deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley N° 26.061.

#### **Artículo 27**

La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al Consenso de Panamá adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Organización Mundial de la Salud (OMS) “20 años después de la Declaración de Caracas” en la ciudad de Panamá el 8 de octubre de 2010. La presentación de tales proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en los plazos establecidos, será requisito indis-

pensable para acceder a la asistencia técnica y financiera que la Autoridad de Aplicación nacional disponga. El personal deberá ser capacitado y destinado a los dispositivos sustitutivos en funciones acordes a su capacidad e idoneidad.

La Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales son las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier otro tipo de instituciones de internación monovalentes que se encuentren en funcionamiento, congruentes con el objetivo de su sustitución definitiva en el plazo establecido.

También establecerá las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados, a los efectos de cumplir con el presente artículo.

La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad.

La implementación de este lineamiento no irá en detrimento de las personas internadas, las cuales deberán recibir una atención acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes.

#### **Artículo 28**

Deberá entenderse que la expresión “hospitales generales” incluye tanto a los establecimientos públicos como privados.

Las adaptaciones necesarias para brindar una atención adecuada e integrada sean estructurales y/o funcionales de los hospitales generales a efectos de incluir la posibilidad de internación en salud mental es responsabilidad de cada jurisdicción. Aquellas deberán respetar las recomendaciones que la Autoridad de Aplicación realizará a tales fines.

A los efectos de contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público, el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y el Ministerio de Salud deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones.

Asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo.

La Autoridad de Aplicación condicionará la participación de las jurisdicciones en programas que incluyan financiamiento, a la presentación de proyectos de creación de servicios de salud mental en los hospitales generales, con plazos determinados.

#### **Artículo 29**

Las autoridades de los establecimientos que presten atención en salud mental deberán entregar a todo el personal vinculado al área, copia del texto de la Ley y su Reglamentación.

Asimismo, los usuarios, familiares y allegados tendrán a su disposición un libro de quejas, al que tendrán acceso irrestricto tanto la Autoridad de Aplicación, el Órgano de Revisión, el abogado defensor como la Autoridad Judicial.

La Autoridad de Aplicación promoverá espacios de capacitación sobre los contenidos de la Ley y de los instrumentos internacionales de referencia, dirigidos a todos los integrantes del equipo de salud mental.

### **Capítulo VIII. Derivaciones**

#### **Artículo 30**

La conveniencia de derivación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona deberá estar debidamente fundada por evaluación interdisciplinaria en los términos previstos en el artículo 16 y concordantes de la Ley. La comunicación al Juez y al Órgano de Revisión, cuando no exista consentimiento informado, deberá ser de carácter previo a la efectivización de la derivación.

### **Capítulo IX. Autoridad de aplicación**

#### **Artículo 31**

El área a designar por la Autoridad de Aplicación a través de la cual desarrollará las políticas establecidas en la Ley no podrá ser inferior a Dirección Nacional.

El Plan Nacional de Salud Mental deberá estar disponible para la consulta del conjunto de la ciudadanía y deberá contemplar meca-

nismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas y objetivos. La Autoridad de Aplicación deberá elaborar un informe anual sobre la ejecución de dicho Plan Nacional el cual será publicado y remitido al Órgano de Revisión.

#### **Artículo 32**

Sin reglamentar.

#### **Artículo 33**

El Ministerio de Educación, a través de sus áreas competentes, prestará colaboración a la Autoridad de Aplicación a fin de efectuar las pertinentes recomendaciones dirigidas a las universidades para adecuar los planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental.

Deberá ponerse de resalto la capacitación de los trabajadores en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria de la salud, y de todas las áreas que intervienen en orden a la intersectorialidad.

La Autoridad de Aplicación deberá promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes.

#### **Artículo 34**

La Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y la Autoridad de Aplicación conformarán una comisión permanente de trabajo en el plazo de treinta (30) días, a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto.

Dicha Comisión trabajará en conjunto con las jurisdicciones provinciales y elevará al Secretario de Derechos Humanos y a la Autoridad de Aplicación las propuestas elaboradas para su aprobación, las que deberán garantizar el cumplimiento de todos los derechos establecidos en el artículo 7º y demás previsiones de la Ley N° 26.657.

La Comisión conformada dará asistencia técnica y seguimiento permanente para la implementación de los estándares elaborados.

Se deberá entender que los estándares se refieren a habilitación, supervisión, acredita-

ción, certificación, monitoreo, auditoría, fiscalización y evaluación.

#### **Artículo 35**

La Autoridad de Aplicación deberá considerar como requisito para el acceso a programas de asistencia en los términos del artículo 28 de la presente reglamentación, la participación y colaboración de las jurisdicciones en la recolección y envío de datos para la realización del censo.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) prestará la colaboración que le sea requerida.

#### **Artículo 36**

Sin reglamentar.

#### **Artículo 37**

La Superintendencia de Servicios de Salud en conjunto con la Autoridad de Aplicación deberán controlar que se garantice la cobertura en salud mental de los afiliados a Obras Sociales. Para ello deberán adecuar la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) o el instrumento que en el futuro lo reemplace, a través de la incorporación de los dispositivos, insumos y prácticas en salud mental que se promueven en la Ley y los que la Autoridad de Aplicación disponga de acuerdo con el artículo 11 de la misma. Para acceder a dicha cobertura no será exigible certificación de discapacidad.

Se establecerán aranceles que promuevan la creación y desarrollo de tales dispositivos.

Deberán también excluirse de la cobertura las prestaciones contrarias a la Ley.

La Superintendencia de Servicios de Salud deberá controlar que los agentes del seguro de salud identifiquen a aquellas personas que se encuentren con internaciones prolongadas y/o en instituciones monovalentes, y deberán establecer un proceso de externación y/o inclusión en dispositivos sustitutivos en plazos perentorios.

Las auditorías o fiscalizaciones sobre los prestadores, públicos y privados deberán controlar el cumplimiento de la Ley, incluyendo la utilización de evaluaciones interdisciplinarias.

Se promoverá que igual criterio adopten las obras sociales provinciales.

## **Capítulo X. Órgano de revisión**

#### **Artículo 38**

El Órgano de Revisión en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa actuará conforme las decisiones adoptadas por los integrantes individualizados en el artículo 39 de la Ley. Dictará su reglamento interno de funcionamiento, y establecerá los lineamientos políticos y estratégicos de su intervención en el marco de los objetivos y funciones asignadas por la Ley.

Deberá reunirse de forma periódica, en los plazos que determine su reglamento interno, y al menos una vez por mes.

Además, podrá constituirse en asamblea extraordinaria, a pedido de alguno de sus miembros cuando una cuestión urgente así lo requiera.

Podrá sesionar con el quórum mínimo de cuatro (4) miembros. La toma de decisiones será por mayoría simple de los miembros presentes, salvo cuando se estipule en esta reglamentación, o a través del reglamento interno, un quórum diferente.

A los fines de dotar al Órgano de Revisión de la operatividad necesaria para cumplir de un modo más eficaz sus funciones, encomiéndose a la Defensoría General de la Nación la Presidencia, representación legal, y coordinación ejecutiva del Órgano Revisor, a través de la organización de una Secretaría Ejecutiva y de un equipo de apoyo técnico y otro administrativo.

La Defensoría General de la Nación, a través de su servicio administrativo financiero, se encargará de brindar el soporte necesario para la ejecución del presupuesto que se le asigne para el funcionamiento del Órgano de Revisión.

La Secretaría Ejecutiva, cuyo titular será designado por la Defensoría General de la Nación, deberá coordinar las reuniones de los integrantes del Órgano de Revisión, implementar las estrategias políticas, jurídicas e institucionales, participar sin voto de las reuniones, seguir los lineamientos acordados por los integrantes del Órgano, canalizar la colaboración necesaria entre los distintos miembros, y adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento permanente

del organismo, rindiendo cuentas de las acciones emprendidas.

La labor permanente de carácter operativo, técnico y administrativo del Órgano de Revisión, se sustentará mediante los equipos de apoyo enunciados precedentemente, cuyo personal será provisto por la Defensoría General de la Nación y coordinado por la Secretaría Ejecutiva.

En la conformación del equipo de apoyo técnico deberá respetarse el criterio interdisciplinario previsto en la Ley, y deberá asegurarse que el personal no posea conflictos de intereses respecto de las tareas encomendadas al Órgano de Revisión.

### Artículo 39

Los integrantes del Órgano de Revisión serán designados de la siguiente manera:

- a) Un (1) representante del Ministerio de Salud;
- b) Un (1) representante de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- c) Un (1) representante del Ministerio Público de la Defensa;
- d) Un (1) representante de asociaciones de usuarios y/o familiares del sistema de salud;
- e) Un (1) representante de asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud;
- f) Un (1) representante de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

La Defensoría General de la Nación a través de su titular o de quién este designe deberá ejercer el voto en las reuniones a los efectos de desempatar, cuando resultare necesario.

Las entidades de perfil interdisciplinario y con experiencia de trabajo en la temática de salud mental y de derechos humanos, representativas de las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f), serán designadas por decisión fundada adoptada entre las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c), a través de un procedimiento de selección que asegure transparencia.

Las entidades que sean designadas a tal efecto, integrarán el Órgano de Revisión por el término de dos (2) años, al cabo del cual deberán elegirse nuevas organizaciones.

Podrán ser reelegidas por un (1) solo período consecutivo, o nuevamente en el futuro, siempre con el intervalo de un (1) período. El mismo criterio de alternancia se aplica a las personas que representen a las organizaciones, las que además no podrán tener vinculación de dependencia con las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c).

En caso de renuncia o impedimento de alguna de las entidades designadas para participar del Órgano de Revisión, deberá reeditarse el procedimiento de selección para incorporar a una reemplazante, hasta la culminación del período.

Cada institución deberá designar un (1) representante titular y un (1) representante suplente, para el caso de ausencia del primero.

La labor de todos los representantes tendrá carácter ad-honorem, sin perjuicio de las retribuciones salariales que cada uno pueda percibir de parte de las organizaciones a las que pertenecen.

El Órgano de Revisión podrá realizar convenios con entidades públicas o privadas, con competencia en la materia, para que brinden asesoramiento técnico a efectos de coadyuvar a su buen funcionamiento. También podrá convocar, a los mismos fines, a personalidades destacadas en la materia.

### Artículo 40

El Órgano de Revisión desarrollará las funciones enunciadas en el artículo 40 de la Ley N° 26.657, así como todas aquellas que sean complementarias a efectos de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

El Órgano de Revisión podrá ejercer sus funciones de modo facultativo en todo el Territorio Nacional, en articulación con el Órgano de Revisión local, cuando considere la existencia de situaciones de urgencia y gravedad institucional.

En los casos particulares que estén bajo proceso judicial con competencia de la justicia federal, provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, deberá intervenir el Órgano de Revisión local.

- a) El Órgano de Revisión requerirá plazos expeditos para la recepción de los informes requeridos;

b) A los fines de lograr la supervisión de las condiciones de internación y tratamiento, el Órgano de Revisión podrá ingresar a cualquier tipo de establecimiento, público y privado, sin necesidad de autorización previa, y realizar inspecciones integrales con acceso irrestricto a todas las instalaciones, documentación, y personas internadas, con quienes podrá mantener entrevistas en forma privada;

c) El equipo interdisciplinario que evalúe las internaciones deberá estar conformado bajo el mismo criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley.

d) Sin reglamentar;

e) Sin reglamentar;

f) El Órgano de Revisión podrá requerir la intervención judicial, así como de la defensa pública y de otros organismos de protección de derechos, ante situaciones irregulares que vayan en desmedro de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental;

g) Sin reglamentar;

h) Las recomendaciones deberán efectuarse a través de informes anuales sobre el estado de aplicación de la Ley en todo el país, que deberán ser de carácter público;

i) Sin reglamentar;

j) A los fines de promover la creación de órganos de revisión en las jurisdicciones, deberá fomentarse que en su integración se respete el criterio de intersectorialidad e interdisciplinaria previsto en la ley para el Órgano de Revisión nacional, y podrán depender del ámbito que se considere más adecuado de acuerdo a la organización administrativa de cada jurisdicción, para garantizar autonomía de los servicios y dispositivos que serán objeto de supervisión. Se promoverá que, como mínimo, las funciones de los órganos de revisión locales sean las indicadas para el Órgano de Revisión nacional, en su ámbito.

k) Sin reglamentar;

l) A los fines de velar por el cumplimiento de los derechos fundamentales, se comprenderá la situación de toda persona sometida a algún proceso administrativo o judicial por cuestiones de salud mental, o donde se cuestiona el ejercicio de la capacidad jurídica.

## **Capítulo XI. Convenios de cooperación con las provincias**

### **Artículo 41**

Sin reglamentar.

## **Capítulo XII.**

### **Disposiciones complementarias**

### **Artículo 42**

Sin reglamentar.

### **Artículo 43**

Sin reglamentar.

### **Artículo 44**

Sin reglamentar.

### **Artículo 45**

Sin reglamentar.

### **Artículo 46**

Sin reglamentar.

A los efectos de poner en funcionamiento el Órgano de Revisión, el Ministerio de Salud, la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, y el Ministerio Público de la Defensa, deberán coordinar y ejecutar las acciones necesarias para la designación de los representantes que lo conformarán, dentro del término de treinta (30) días hábiles desde la vigencia del presente decreto.

A los efectos de integrar el Órgano de Revisión, para su primer período de funcionamiento por dos (2) años, los representantes designados por los tres (3) organismos deberán elegir, por decisión fundada, a las entidades que representarán a las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f) del artículo 39 de este Decreto.

Antes de la culminación del primer período de funcionamiento, los representantes de los tres (3) organismos definirán, por decisión unánime, el procedimiento que se aplicará en adelante para la selección de las otras asociaciones y organizaciones, con los recaudos del artículo 39 de esta reglamentación.

El Órgano de Revisión comenzará su actividad regular y permanente luego de constituirse.

do íntegramente, con todos los representantes previstos en la ley.

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Órgano de Revisión local ejercerá las funciones señaladas en el artículo

40 de la Ley, aun si la justicia interviniente fuese nacional. Sin perjuicio de ello, en este último supuesto, el Órgano de Revisión nacional podrá ejercer subsidiariamente dichas funciones.

# Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado

Sancionada: Octubre 21 de 2009

Promulgada de hecho: Noviembre 19 de 2009

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

## Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado

### Artículo 1. Ámbito de aplicación

El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

### Capítulo 1. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud

#### Artículo 2. Derechos del paciente

Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante solo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedi-



mientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente. (Inciso sustituido por art. 1º de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

## Capítulo II. De la información sanitaria

### Artículo 3. Definición

A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

### Artículo 4. Autorización

La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información

a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

## Capítulo III. Del consentimiento informado

### Artículo 5. Definición

Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

(Artículo sustituido por art. 2º de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

## **Artículo 6. Obligatoriedad**

Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. (Artículo sustituido por art. 3º de la Ley Nº 26.742 B.O. 24/5/2012)

## **Artículo 7. Instrumentación**

El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.
- f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5º deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto. (Inciso incorporado por art. 4º de la Ley Nº 26.742 B.O. 24/5/2012)

## **Artículo 8. Exposición con fines académicos**

Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

## **Artículo 9. Excepciones al consentimiento informado**

El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;

b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

## **Artículo 10. Revocabilidad**

La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. (Artículo sustituido por art. 5º de la Ley Nº 26.742 B.O. 24/5/2012)

## **Artículo 11. Directivas anticipadas**

Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó. (Artículo sustituido por art. 6º de la Ley Nº 26.742 B.O. 24/5/2012)

**Artículo 11 bis**

Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.

(Artículo incorporado por art. 7º de la Ley Nº 26.742 B.O. 24/5/2012)

**Capítulo IV. De la historia clínica****Artículo 12. Definición y alcance**

A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

**Artículo 13. Historia clínica informatizada**

El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

**Artículo 14. Titularidad**

El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

**Artículo 15. Asientos**

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;

d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;

e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;

f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

**Artículo 16. Integridad**

Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

**Artículo 17. Unicidad**

La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

**Artículo 18. Inviolabilidad. Depositarios**

La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquella, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables

las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, “Del depósito”, y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de diez (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

#### **Artículo 19. Legitimación**

Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

#### **Artículo 20. Negativa. Acción**

Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquella. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En juris-

dicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

#### **Artículo 21. Sanciones**

Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 — Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

### **Capítulo V. Disposiciones generales**

#### **Artículo 22. Autoridad de aplicación nacional y local**

Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

#### **Artículo 23. Vigencia**

La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los noventa (90) días de la fecha de su publicación.

#### **Artículo 24. Reglamentación**

El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los noventa (90) días contados a partir de su publicación.

#### **Artículo 25**

Comuníquese al Poder Ejecutivo.

# Ley N° 26.378 de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo

Sancionada: Mayo 21 de 2008  
Promulgada: Junio 6 de 2008

**Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006.**

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

## Artículo 1

Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas A/ RES/ 61/ 106, el día 13 de diciembre de 2006. Ambos instrumentos jurídicos forman parte del presente como "Anexo 1" y "Anexo 2" respectivamente.

## Artículo 2

Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la sala de sesiones del Congreso argentino, en Buenos Aires, a los veintiún días del mes de mayo del año dos mil ocho.

## Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Aprobada por resolución 61/106 de la Asamblea General de las Naciones Unidas,

Sexagésimo primer período de sesiones, 24 de enero de 2007

La Asamblea General,

Recordando su resolución 56/168, de 19 de diciembre de 2001, por la que decidió establecer un comité especial, abierto a la participación de todos los Estados Miembros y observadores de las Naciones Unidas para que examinase las propuestas relativas a una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque holístico de la labor realizada en las esferas del desarrollo social, los derechos humanos y la no discriminación y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos y de la Comisión de Desarrollo Social,

Recordando también sus resoluciones anteriores pertinentes, la última de las cuales es la resolución 60/232, de 23 de diciembre de 2005, así como las resoluciones pertinentes de la Comisión de Desarrollo Social y la Comisión de Derechos Humanos,

Acogiendo con agrado las importantes contribuciones que han hecho las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y las instituciones nacionales de derechos humanos a la labor del Comité Especial,

1. Expresa su reconocimiento al Comité Especial por haber concluido la elaboración

de los proyectos de Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de Protocolo Facultativo de esa Convención;

2. Aprueba la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Protocolo Facultativo de la Convención que figuran en el anexo de la presente resolución, que estarán abiertos a la firma en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007;

3. Exhorta a los Estados a que consideren la posibilidad de firmar y ratificar la Convención y el Protocolo Facultativo como cuestión prioritaria y expresa la esperanza de que entren en vigor en breve;

4. Pide al Secretario General que proporcione el personal y las instalaciones necesarios para el eficaz cumplimiento de las funciones de la Conferencia de los Estados Partes y el Comité previstos en la Convención y el Protocolo Facultativo después de la entrada en vigor de la Convención, así como para la difusión de información sobre la Convención y el Protocolo Facultativo;

5. Pide también al Secretario General que aplique progresivamente normas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios del sistema de las Naciones Unidas, teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de la Convención, en particular cuando se hagan trabajos de renovación;

6. Pide a los organismos y organizaciones de las Naciones Unidas que tomen medidas para difundir información sobre la Convención y el Protocolo Facultativo y promover su comprensión, e invita a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a que hagan otro tanto;

7. Pide al Secretario General que le presente, en su sexagésimo segundo período de sesiones, un informe relativo a la situación de la Convención y el Protocolo Facultativo y la aplicación de la presente resolución, en relación con el subtema titulado “Convención

sobre los derechos de las personas con discapacidad”.

76a sesión plenaria,  
13 de diciembre de 2006

## **Anexo I. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**

### **Preámbulo**

Los Estados Partes en la presente Convención,

a) Recordando los principios de la Carta de las Naciones Unidas que proclaman que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

b) Reconociendo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole,

c) Reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación,

d) Recordando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares,

e) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que 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 demás,

f) Reconociendo la importancia que revisten los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad como factor en la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e internacional destinados a dar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad,

g) Destacando la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible,

h) Reconociendo también que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano,

i) Reconociendo además la diversidad de las personas con discapacidad,

j) Reconociendo la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso,

k) Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo,

l) Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en todos los países, en particular en los países en desarrollo,

m) Reconociendo el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza,

n) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones,

o) Considerando que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente,

p) Preocupados por la difícil situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico, indígena o social, patrimonio, nacimiento, edad o cualquier otra condición,

q) Reconociendo que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación,

r) Reconociendo también que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño,

s) Subrayando la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de

los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad,

t) Destacando el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad,

u) Teniendo presente que, para lograr la plena protección de las personas con discapacidad, en particular durante los conflictos armados y la ocupación extranjera, es indispensable que se den condiciones de paz y seguridad basadas en el pleno respeto de los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y se respeten los instrumentos vigentes en materia de derechos humanos,

v) Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales,

w) Conscientes de que las personas, que tienen obligaciones respecto a otras personas y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos,

x) Convencidos de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de esta y del Estado, y de que las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones,

y) Convencidos de que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá

su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados,

Conviene en lo siguiente:

### **Artículo 1. Propósito**

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

### **Artículo 2. Definiciones**

A los fines de la presente Convención:

La “comunicación” incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso;

Por “lenguaje” se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal;

Por “discriminación por motivos de discapacidad” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables;

Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga despro-



porcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Por “diseño universal” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El “diseño universal” no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

### Artículo 3. Principios generales

Los principios de la presente Convención serán:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

### Artículo 4. Obligaciones generales

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

- a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;
- b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;

c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;

d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;

e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad;

f) Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices;

g) Empezar o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;

h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;

i) Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente

Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.

3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado. No se restringirán ni derogarán ninguno de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos o existentes en los Estados Partes en la presente Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los convenios, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que en la presente Convención no se reconocen esos derechos o libertades o se reconocen en menor medida.

5. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

#### **Artículo 5. Igualdad y no discriminación**

1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

2. Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.

3. A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.

4. No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

#### **Artículo 6. Mujeres con discapacidad**

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

#### **Artículo 7. Niños y niñas con discapacidad**

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.

2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.

3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

#### **Artículo 8. Toma de conciencia**

1. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para:

a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;

b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;

c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2. Las medidas a este fin incluyen:

a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:

i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;

ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;

iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;

b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;

c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención;

d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

### Artículo 9. Accesibilidad

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e inte-

riores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;

b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:

a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;

b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;

c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;

d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;

e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;

f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;

g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;

h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

### Artículo 10. Derecho a la vida

Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

### **Artículo 11. Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias**

Los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

### **Artículo 12. Igual reconocimiento como persona ante la ley**

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.

2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas

para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

### **Artículo 13. Acceso de la justicia**

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.

2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

### **Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona**

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:

a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;

b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

### **Artículo 15. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

### **Artículo 16. Protección contra la explotación, la violencia y el abuso**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.

2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.

3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma

de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

### **Artículo 17. Protección de la integridad personal**

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

### **Artículo 18. Libertad de desplazamiento y nacionalidad**

1. Los Estados Partes reconocerán el derecho de las personas con discapacidad a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad, en igualdad de condiciones con las demás, incluso asegurando que las personas con discapacidad:

a) Tengan derecho a adquirir y cambiar una nacionalidad y a no ser privadas de la suya de manera arbitraria o por motivos de discapacidad;

b) No sean privadas, por motivos de discapacidad, de su capacidad para obtener, poseer y utilizar documentación relativa a su nacionalidad u otra documentación de identificación, o para utilizar procedimientos pertinentes, como el procedimiento de inmigración, que puedan ser necesarios para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad de desplazamiento;

c) Tengan libertad para salir de cualquier país, incluido el propio;

d) No se vean privadas, arbitrariamente o por motivos de discapacidad, del derecho a entrar en su propio país.

2. Los niños y las niñas con discapacidad serán inscritos inmediatamente después de su nacimiento y tendrán desde el nacimiento derecho a un nombre, a adquirir una nacionali-

dad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y ser atendidos por ellos.

### **Artículo 19. Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad**

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;

b) 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 esta;

c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

### **Artículo 20. Movilidad personal**

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas:

a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible;

b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible;

c) Ofrecer a las personas con discapacidad y al personal especializado que trabaje con es-

tas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad;

d) Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.

### **Artículo 21. Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información**

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, entre ellas:

a) Facilitar a las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad;

b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales;

c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso;

d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad;

e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.

### **Artículo 22. Respeto de la privacidad**

1. Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en

su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones.

2. Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

### **Artículo 23. Respeto del hogar y de la familia**

1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:

a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;

b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;

c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

2. Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño. Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.

3. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.

4. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

5. Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

### **Artículo 24. Educación**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a:

a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;

b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;

c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:

a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;

b) Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;

c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;

d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;

e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.

3. Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas:

a) Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares;

b) Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas;

c) Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordociegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

4. A fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén

cualificados en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos.

Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.

5. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

## **Artículo 25. Salud**

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad



atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando estos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

#### **Artículo 26. Habilitación y rehabilitación**

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecno-

logías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

#### **Artículo 27. Trabajo y empleo**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:

a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;

b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;

c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás;

d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;

e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;

f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;

g) Emplear a personas con discapacidad en el sector público;

h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;

i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;

j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;

k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio.

#### **Artículo 28. Nivel de vida adecuado y protección social**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:

a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;

b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad,

a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;

c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;

d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;

e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

#### **Artículo 29. Participación en la vida política y pública**

Los Estados Partes garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con las demás y se comprometerán a:

a) Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas, entre otras formas mediante:

i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;

ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referéndum públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda;

iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;

b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan par-

participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:

i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;

ii) La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones.

### **Artículo 30. Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad:

a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles;

b) Tengan acceso a programas de televisión, películas, teatro y otras actividades culturales en formatos accesibles;

c) Tengan acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos y, en la medida de lo posible, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional.

2. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no solo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes, de conformidad con el derecho internacional, a fin de asegurar que las leyes de protección de los derechos de propiedad intelectual no constituyan una barrera excesiva o discriminatoria para el acceso de las personas con discapacidad a materiales culturales.

4. Las personas con discapacidad tendrán derecho, en igualdad de condiciones con las

demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de señas y la cultura de los sordos.

5. A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para:

a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles;

b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados;

c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas;

d) Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso con los demás niños y niñas a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar;

e) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.

### **Artículo 31. Recopilación de datos y estadísticas**

1. Los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. En el proceso de recopilación y mantenimiento de esta información se deberá:

a) Respetar las garantías legales establecidas, incluida la legislación sobre protección de datos, a fin de asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad de las personas con discapacidad;

b) Cumplir las normas aceptadas internacionalmente para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como los principios éticos en la recopilación y el uso de estadísticas.

2. La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará, en su caso, y se utilizará como ayuda para evaluar el cumplimiento por los Estados Partes de sus obligaciones conforme a la presente Convención, así como para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.

3. Los Estados Partes asumirán la responsabilidad de difundir estas estadísticas y asegurar que sean accesibles para las personas con discapacidad y otras personas.

### **Artículo 32. Cooperación internacional**

1. Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de los esfuerzos nacionales para hacer efectivos el propósito y los objetivos de la presente Convención, y tomarán las medidas pertinentes y efectivas a este respecto, entre los Estados y, cuando corresponda, en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de personas con discapacidad. Entre esas medidas cabría incluir:

a) Velar por que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad;

b) Facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de formación y prácticas recomendadas;

c) Facilitar la cooperación en la investigación y el acceso a conocimientos científicos y técnicos;

d) Proporcionar, según corresponda, asistencia apropiada, técnica y económica, incluso facilitando el acceso a tecnologías accesibles y de asistencia y compartiendo esas tecnologías, y mediante su transferencia.

2. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de las obligaciones que

incumban a cada Estado Parte en virtud de la presente Convención.

### **Artículo 33. Aplicación y seguimiento nacionales**

1. Los Estados Partes, de conformidad con su sistema organizativo, designarán uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la presente Convención y considerarán detenidamente la posibilidad de establecer o designar un mecanismo de coordinación para facilitar la adopción de medidas al respecto en diferentes sectores y a diferentes niveles.

2. Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención.

Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos.

3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento.

### **Artículo 34. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**

1. Se creará un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, "el Comité") que desempeñará las funciones que se enuncian a continuación.

2. El Comité constará, en el momento en que entre en vigor la presente Convención, de 12 expertos. Cuando la Convención obtenga otras 60 ratificaciones o adhesiones, la composición del Comité se incrementará en seis miembros más, con lo que alcanzará un máximo de 18 miembros.

3. Los miembros del Comité desempeñarán sus funciones a título personal y serán personas de gran integridad moral y reconocida competencia y experiencia en los temas a que se refiere la presente Convención. Se invita a

los Estados Partes a que, cuando designen a sus candidatos, tomen debidamente en consideración la disposición que se enuncia en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

4. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes, que tomarán en consideración una distribución geográfica equitativa, la representación de las diferentes formas de civilización y los principales ordenamientos jurídicos, una representación de género equilibrada y la participación de expertos con discapacidad.

5. Los miembros del Comité se elegirán mediante voto secreto de una lista de personas designadas por los Estados Partes de entre sus nacionales en reuniones de la Conferencia de los Estados Partes. En estas reuniones, en las que dos tercios de los Estados Partes constituirán quórum, las personas elegidas para el Comité serán las que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.

6. La elección inicial se celebrará antes de que transcurran seis meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Convención. Por lo menos cuatro meses antes de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidatos en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán, por orden alfabético, todas las personas así propuestas, con indicación de los Estados Partes que las hayan propuesto, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.

7. Los miembros del Comité se elegirán por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. Sin embargo, el mandato de seis de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de la primera elección, los nombres de esos seis miembros serán sacados a suerte por el presidente de la reunión a que se hace referencia en el párrafo 5 del presente artículo.

8. La elección de los otros seis miembros del Comité se hará con ocasión de las elecciones ordinarias, de conformidad con las disposiciones pertinentes del presente artículo.

9. Si un miembro del Comité fallece, renuncia o declara que, por alguna otra causa, no puede seguir desempeñando sus funciones, el Estado Parte que lo propuso designará otro experto que posea las cualificaciones y reúna los requisitos previstos en las disposiciones pertinentes del presente artículo para ocupar el puesto durante el resto del mandato.

10. El Comité adoptará su propio reglamento.

11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y las instalaciones que sean necesarios para el efectivo desempeño de las funciones del Comité con arreglo a la presente Convención y convocará su reunión inicial.

12. Con la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención percibirán emolumentos con cargo a los recursos de las Naciones Unidas en los términos y condiciones que la Asamblea General decida, tomando en consideración la importancia de las responsabilidades del Comité.

13. Los miembros del Comité tendrán derecho a las facilidades, prerrogativas e inmunidades que se conceden a los expertos que realizan misiones para las Naciones Unidas, con arreglo a lo dispuesto en las secciones pertinentes de la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de las Naciones Unidas.

### **Artículo 35. Informes presentados por los Estados Partes**

1. Los Estados Partes presentarán al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, un informe exhaustivo sobre las medidas que hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la presente Convención y sobre los progresos realizados al respecto en el plazo de dos años contado a partir de la entrada en vigor de la presente Convención en el Estado Parte de que se trate.

2. Posteriormente, los Estados Partes presentarán informes ulteriores al menos cada cuatro años y en las demás ocasiones en que el Comité se lo solicite.

3. El Comité decidirá las directrices aplicables al contenido de los informes.

4. El Estado Parte que haya presentado un informe inicial exhaustivo al Comité no tendrá

que repetir, en sus informes ulteriores, la información previamente facilitada. Se invita a los Estados Partes a que, cuando preparen informes para el Comité, lo hagan mediante un procedimiento abierto y transparente y tengan en cuenta debidamente lo dispuesto en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

5. En los informes se podrán indicar factores y dificultades que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de la presente Convención.

#### **Artículo 36. Consideración de los informes**

1. El Comité considerará todos los informes, hará las sugerencias y las recomendaciones que estime oportunas respecto a ellos y se las remitirá al Estado Parte de que se trate. Este podrá responder enviando al Comité cualquier información que desee. El Comité podrá solicitar a los Estados Partes más información con respecto a la aplicación de la presente Convención.

2. Cuando un Estado Parte se haya demorado considerablemente en la presentación de un informe, el Comité podrá notificarle la necesidad de examinar la aplicación de la presente Convención en dicho Estado Parte, sobre la base de información fiable que se ponga a disposición del Comité, en caso de que el informe pertinente no se presente en un plazo de tres meses desde la notificación. El Comité invitará al Estado Parte interesado a participar en dicho examen. Si el Estado Parte respondiera presentando el informe pertinente, se aplicará lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo.

3. El Secretario General de las Naciones Unidas pondrá los informes a disposición de todos los Estados Partes.

4. Los Estados Partes darán amplia difusión pública a sus informes en sus propios países y facilitarán el acceso a las sugerencias y recomendaciones generales sobre esos informes.

5. El Comité transmitirá, según estime apropiado, a los organismos especializados, los fondos y los programas de las Naciones Unidas, así como a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes, a fin de atender una solicitud o una indicación de necesidad de asesoramiento técnico o asistencia que figure en ellos, junto con las observaciones y recomendaciones del Comité, si las hubiera, sobre esas solicitudes o indicaciones.

#### **Artículo 37. Cooperación entre los Estados Partes y el Comité**

1. Los Estados Partes cooperarán con el Comité y ayudarán a sus miembros a cumplir su mandato.

2. En su relación con los Estados Partes, el Comité tomará debidamente en consideración medios y arbitrios para mejorar la capacidad nacional de aplicación de la presente Convención, incluso mediante la cooperación internacional.

#### **Artículo 38. Relación del Comité con otros órganos**

A fin de fomentar la aplicación efectiva de la presente Convención y de estimular la cooperación internacional en el ámbito que abarca:

a) Los organismos especializados y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención que entren dentro de su mandato. El Comité podrá invitar también a los organismos especializados y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los ámbitos que entren dentro de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados y a otros órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de la Convención en las esferas que entren dentro de su ámbito de actividades;

b) Al ejercer su mandato, el Comité consultará, según proceda, con otros órganos pertinentes instituidos en virtud de tratados internacionales de derechos humanos, con miras a garantizar la coherencia de sus respectivas directrices de presentación de informes, sugerencias y recomendaciones generales y a evitar la duplicación y la superposición de tareas en el ejercicio de sus funciones.

#### **Artículo 39. Informe del Comité**

El Comité informará cada dos años a la Asamblea General y al Consejo Económico y Social sobre sus actividades y podrá hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y datos recibidos de los Estados Partes en la Con-

vención. Esas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité, junto con los comentarios, si los hubiera, de los Estados Partes.

#### **Artículo 40. Conferencia de los Estados Partes**

1. Los Estados Partes se reunirán periódicamente en una Conferencia de los Estados Partes, a fin de considerar todo asunto relativo a la aplicación de la presente Convención.

2. El Secretario General de las Naciones Unidas convocará la Conferencia de los Estados Partes en un plazo que no superará los seis meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente Convención. Las reuniones ulteriores, con periodicidad bienal o cuando lo decida la Conferencia de los Estados Partes, serán convocadas por el Secretario General.

#### **Artículo 41. Depositario**

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario de la presente Convención.

#### **Artículo 42. Firma**

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

#### **Artículo 43. Consentimiento en obligarse**

La presente Convención estará sujeta a la ratificación de los Estados signatarios y a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias. Estará abierta a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que no la haya firmado.

#### **Artículo 44. Organizaciones regionales de integración**

1. Por "organización regional de integración" se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la presente Convención. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto

a las cuestiones regidas por la presente Convención. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.

2. Las referencias a los "Estados Partes" con arreglo a la presente Convención serán aplicables a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 45 y en los párrafos 2 y 3 del artículo 47 de la presente Convención, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.

4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la Conferencia de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en la presente Convención. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

#### **Artículo 45. Entrada en vigor**

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o adhesión.

2. Para cada Estado y organización regional de integración que ratifique la Convención, se adhiera a ella o la confirme oficialmente una vez que haya sido depositado el vigésimo instrumento a sus efectos, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

#### **Artículo 46. Reservas**

1. No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito de la presente Convención.

2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

#### **Artículo 47. Enmiendas**

1. Los Estados Partes podrán proponer enmiendas a la presente Convención y presentarlas al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará las enmiendas propuestas a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se

convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y somerla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación y posteriormente a los Estados Partes para su aceptación.

2. Toda enmienda adoptada y aprobada conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que había en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, la enmienda entrará en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubiera depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado.

3. En caso de que así lo decida la Conferencia de los Estados Partes por consenso, las enmiendas adoptadas y aprobadas de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo que guarden relación exclusivamente con los artículos 34, 38, 39 y 40 entrarán en vigor para todos los Estados Partes el trigésimo día a partir de aquel en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda.

#### **Artículo 48. Denuncia**

Los Estados Partes podrán denunciar la presente Convención mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

#### **Artículo 49. Formato accesible**

El texto de la presente Convención se difundirá en formatos accesibles.

#### **Artículo 50. Textos auténticos**

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso de la presente Convención serán igualmente auténticos.

En testimonio de lo cual, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman la presente Convención.

#### **Anexo II. Protocolo facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**

Los Estados Partes en el presente Protocolo acuerdan lo siguiente:

##### **Artículo 1**

1. Todo Estado Parte en el presente Protocolo ("Estado Parte") reconoce la competencia del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ("el Comité") para recibir y considerar las comunicaciones presentadas por personas o grupos de personas sujetos a su jurisdicción que aleguen ser víctimas de una violación por ese Estado Parte de cualquiera de las disposiciones de la Convención, o en nombre de esas personas o grupos de personas.

2. El Comité no recibirá comunicación alguna que concierna a un Estado Parte en la Convención que no sea parte en el presente Protocolo.

##### **Artículo 2**

El Comité considerará inadmisibles una comunicación cuando:

- a) Sea anónima;
- b) Constituya un abuso del derecho a presentar una comunicación o sea incompatible con las disposiciones de la Convención;
- c) Se refiera a una cuestión que ya haya sido examinada por el Comité o ya haya sido o esté siendo examinada de conformidad con otro procedimiento de investigación o arreglo internacionales;
- d) No se hayan agotado todos los recursos internos disponibles, salvo que la tramitación de esos recursos se prolongue injustificadamente o sea improbable que con ellos se logre un remedio efectivo;



e) Sea manifiestamente infundada o esté insuficientemente sustentada; o

f) Los hechos objeto de la comunicación hubieran sucedido antes de la fecha de entrada en vigor del presente Protocolo para el Estado Parte interesado, salvo que esos hechos continuasen produciéndose después de esa fecha.

### Artículo 3

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2 del presente Protocolo, el Comité pondrá en conocimiento del Estado Parte, de forma confidencial, toda comunicación que reciba con arreglo al presente Protocolo. En un plazo de seis meses, ese Estado Parte presentará al Comité por escrito explicaciones o declaraciones en las que se aclare la cuestión y se indiquen las medidas correctivas que hubiere adoptado el Estado Parte, de haberlas.

### Artículo 4

1. Tras haber recibido una comunicación y antes de llegar a una conclusión sobre el fondo de esta, el Comité podrá remitir en cualquier momento al Estado Parte interesado, a los fines de su examen urgente, una solicitud para que adopte las medidas provisionales necesarias a fin de evitar posibles daños irreparables a la víctima o las víctimas de la supuesta violación.

2. El ejercicio por el Comité de sus facultades discrecionales en virtud del párrafo 1 del presente artículo, no implicará juicio alguno sobre la admisibilidad o sobre el fondo de la comunicación.

### Artículo 5

El Comité examinará en sesiones privadas las comunicaciones que reciba en virtud del presente Protocolo. Tras examinar una comunicación, el Comité hará llegar sus sugerencias y recomendaciones, si las hubiere, al Estado Parte interesado y al comunicante.

### Artículo 6

1. Si el Comité recibe información fidedigna que revele violaciones graves o sistemáticas por un Estado Parte de los derechos recogidos en la Convención, el Comité invitará a ese Estado Parte a colaborar en el examen de la información y, a esos efectos, a presentar observaciones sobre dicha información.

2. Tomando en consideración las observaciones que haya presentado el Estado Parte interesado, así como toda información fidedigna que esté a su disposición, el Comité podrá encargar a uno o más de sus miembros que lleven a cabo una investigación y presenten, con carácter urgente, un informe al Comité. Cuando se justifique y con el consentimiento del Estado Parte, la investigación podrá incluir una visita a su territorio.

3. Tras examinar las conclusiones de la investigación, el Comité las transmitirá al Estado Parte interesado, junto con las observaciones y recomendaciones que estime oportunas.

4. En un plazo de seis meses después de recibir las conclusiones de la investigación y las observaciones y recomendaciones que le transmita el Comité, el Estado Parte interesado presentará sus propias observaciones al Comité.

5. La investigación será de carácter confidencial y en todas sus etapas se solicitará la colaboración del Estado Parte.

### Artículo 7

1. El Comité podrá invitar al Estado Parte interesado a que incluya en el informe que ha de presentar con arreglo al artículo 35 de la Convención pormenores sobre cualesquiera medidas que hubiere adoptado en respuesta a una investigación efectuada con arreglo al artículo 6 del presente Protocolo.

2. Transcurrido el período de seis meses indicado en el párrafo 4 del artículo 6, el Comité podrá, si fuera necesario, invitar al Estado Parte interesado a que le informe sobre cualquier medida adoptada como resultado de la investigación.

### Artículo 8

Todo Estado Parte podrá, al momento de la firma o ratificación del presente Protocolo, o de la adhesión a él, declarar que no reconoce la competencia del Comité establecida en los artículos 6 y 7.

### Artículo 9

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario del presente Protocolo.

### Artículo 10

El presente Protocolo estará abierto a la firma de todos los Estados y las organizacio-

nes regionales de integración signatarios de la Convención en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

#### **Artículo 11**

El presente Protocolo estará sujeto a la ratificación de los Estados signatarios del presente Protocolo que hayan ratificado la Convención o se hayan adherido a ella. Estará sujeto a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias del presente Protocolo que hayan confirmado oficialmente la Convención o se hayan adherido a ella. Estará abierto a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que haya ratificado la Convención, la haya confirmado oficialmente o se haya adherido a ella y que no haya firmado el presente Protocolo.

#### **Artículo 12**

1. Por “organización regional de integración” se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la Convención y el presente Protocolo. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por la Convención y el presente Protocolo. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.

2. Las referencias a los “Estados Partes” con arreglo al presente Protocolo se aplicarán a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 13 y en el párrafo 2 del artículo 15 del presente Protocolo, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.

4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la reunión de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en el presente Protocolo. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

#### **Artículo 13**

1. Con sujeción a la entrada en vigor de la Convención, el presente Protocolo entrará en vigor el trigésimo día después de que se haya depositado el décimo instrumento de ratificación o adhesión.

2. Para cada Estado u organización regional de integración que ratifique el Protocolo, lo confirme oficialmente o se adhiera a él una vez que haya sido depositado el décimo instrumento a sus efectos, el Protocolo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

#### **Artículo 14**

1. No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito del presente Protocolo.

2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

#### **Artículo 15**

1. Todo Estado Parte podrá proponer una enmienda al presente Protocolo y presentarla al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación y posteriormente a todos los Estados Partes para su aceptación.

2. Las enmiendas adoptadas y aprobadas conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrarán en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, las enmiendas entrarán en vigor para todo Estado Parte

el trigésimo día a partir de aquel en que hubieran depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado.

#### **Artículo 16**

Los Estados Partes podrán denunciar el presente Protocolo mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

#### **Artículo 17**

El texto del presente Protocolo se difundirá en formatos accesibles.

#### **Artículo 18**

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso del presente Protocolo serán igualmente auténticos.

En testimonio de lo cual, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman el presente Protocolo.

# Declaración de Caracas

Adoptada por aclamación  
por la Conferencia Reestructuración  
de la Atención Psiquiátrica en América Latina,  
Caracas, Venezuela,  
11 al 14 de noviembre de 1990

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

## Notando

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;

2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:

a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,

b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,

c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,

d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

## Considerando,

1. Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la

Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los Países Miembros para lograr la meta Salud para Todos en el Año 2000;

2. Que los Sistemas Locales de Salud (Silos) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población de características descentralizadas, participativas y preventivas;

3. Que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de salud.

## Declaran

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:

- a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
- b) estar basados en criterios racionales y técnicamente adecuados,
- c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.

4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:

- a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
- b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;

5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;

6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual,

Instan a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

# Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental

Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991

## Aplicación

Los presentes Principios se aplicarán sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.

## Definiciones

En los presentes Principios:

- a) Por “defensor” se entenderá un representante legal u otro representante calificado;
- b) Por “autoridad independiente” se entenderá una autoridad competente e independiente prescrita por la legislación nacional;
- c) Por “atención de la salud mental” se entenderá el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta;
- d) Por “institución psiquiátrica” se entenderá todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental;
- e) Por “profesional de salud mental” se entenderá un médico, un psicólogo clínico, un profesional de enfermería, un trabajador social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental;

f) Por “paciente” se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica;

g) Por “representante personal” se entenderá la persona a quien la ley confiere el deber de representar los intereses de un paciente en cualquier esfera determinada o de ejercer derechos específicos en nombre del paciente y comprende al padre o tutor legal de un menor a menos que la legislación nacional prescriba otra cosa;

h) Por “órgano de revisión” se entenderá el órgano establecido de conformidad con el principio 17 para que reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica.

## Cláusula general de limitación

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios solo podrá estar sujeto a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

## Principio 1. Libertades fundamentales y derechos básicos

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.

2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas

por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.

3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.

4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por “discriminación” se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.

5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.

6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará solo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya capacidad se trata no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá esta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no

disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior.

7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

### **Principio 2. Protección de menores**

Se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia.

### **Principio 3. La vida en la comunidad**

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

### **Principio 4. Determinación de una enfermedad mental**

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.

2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.

3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores mo-

rales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.

4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.

5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de esta.

### **Principio 5. Examen médico**

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

### **Principio 6. Confidencialidad**

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

### **Principio 7. Importancia de la comunidad y de la cultura**

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.

2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.

3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

### **Principio 8. Normas de la atención**

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.

2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

### **Principio 9. Tratamiento**

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.

3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.

4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

### **Principio 10. Medicación**

1. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y solo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 del principio 11 infra, los profesionales de salud mental solo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.

2. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.



### Principio 11. Consentimiento para el tratamiento

1. No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio.

2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que este entienda, acerca de:

- a) El diagnóstico y su evaluación;
- b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;
- c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
- d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

3. El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.

4. El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio. Se deberán explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento.

5. No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.

6. Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando concurren las siguientes circunstancias:

- a) Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario;
- b) Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 del presente principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está in-

capacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presente la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento;

c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.

7. La disposición del párrafo 6 supra no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente; no obstante, salvo en los casos previstos en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente.

8. Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

9. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a este acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

10. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.

11. No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y solo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminen-

te al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

12. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.

13. La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, solo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.

14. No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamientos solo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando este haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

15. No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso solo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.

16. En los casos especificados en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente principio, el paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrán derecho a apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido.

### **Principio 12. Información sobre los derechos**

1. Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.

2. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.

3. El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

### **Principio 13. Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas**

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley;

b) Vida privada;

c) Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión;

d) Libertad de religión o creencia.

2. El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

a) Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento;

b) Instalaciones educativas;

c) Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;

d) Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.

3. En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.

4. El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

#### **Principio 14. Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas**

1. Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:

a) Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;

b) Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes;

c) Atención profesional adecuada;

d) Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.

2. Todas las instituciones psiquiátricas serán inspeccionadas por las autoridades competentes con frecuencia suficiente para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los presentes Principios.

#### **Principio 15. Principios de admisión**

1. Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.

2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.

3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario, en la forma prevista en el principio 16 infra; el paciente será informado de ese derecho.

#### **Principio 16. Admisión involuntaria**

1. Una persona solo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o

b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

En el caso a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, se debe consultar en lo posi-

ble a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

3. Una institución psiquiátrica solo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.

#### **Principio 17. El órgano de revisión**

1. El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento.

2. El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en el párrafo 2 del principio 16 supra, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible después de adoptarse dicha decisión y se efectuará de conformidad con los procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional.

3. El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional.

4. Todo paciente involuntario tendrá derecho a solicitar al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional.

5. En cada examen, el órgano de revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en el párrafo 1 del principio 16 supra y, en caso contrario, el paciente será dado de alta como paciente involuntario.

6. Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona como paciente involuntario, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.

7. El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.

#### **Principio 18. Garantías procesales**

1. El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

2. Si es necesario, el paciente tendrá derecho a la asistencia de un intérprete. Cuando tales servicios sean necesarios y el paciente no los obtenga, se le facilitarán sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

3. El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles.

4. Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo prescriba la legislación nacional, todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionarse al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con

carácter confidencial. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte de un documento, se informará de ello al paciente o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial.

5. El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.

6. Si el paciente o su representante personal o defensor solicitan la presencia de una determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a menos que se considere que su presencia perjudicará gravemente la salud del paciente o pondrá en peligro la seguridad de terceros.

7. En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.

8. La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se expresarán por escrito. Se proporcionarán copias al paciente y a su representante personal y defensor. Al determinar si la decisión se publicará en todo o en parte, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la justicia y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente y de no poner en peligro la seguridad de terceros.

#### **Principio 19. Acceso a la información**

1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y

al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.

2. Toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

#### **Principio 20. Delincuentes**

1. El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

2. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra.

3. La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

4. El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio 11 supra.

#### **Principio 21. Quejas**

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

#### **Principio 22. Vigilancia y recursos**

Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccio-

nar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

### **Principio 23. Aplicación**

1. Los Estados deberán aplicar los presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente.

2. Los Estados deberán dar amplia difusión a los presentes Principios por medios apropiados y dinámicos.

### **Principio 24. Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas**

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

### **Principio 25. Mantenimiento de los derechos reconocidos**

No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, entre ellos los derechos reconocidos en el derecho internacional o nacional aplicable, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen tales derechos o de que solo los reconocen parcialmente.

## Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental

Aprobada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su 111º período extraordinario de sesiones, el 4 de abril de 2001

En 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organismo Especializado de la Organización de los Estados Americanos (OEA), auspició la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, donde la CIDH participó como co-patrocinadora y en la cual se adoptó la Declaración de Caracas<sup>1</sup>.

La Declaración de Caracas también establece estándares de protección en materia de derechos humanos y salud mental. Con relación a la atención psiquiátrica señala “[q]ue los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles [y] propender a la permanencia del enfermo

en su medio comunitario...”. En esta Declaración también se recomienda que las legislaciones de los países se ajusten “...de manera que aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales”.

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en 1991 los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental<sup>2</sup> (Principios de Salud Mental). Estos principios son considerados como el estándar internacional más completo y detallado en lo que se refiere a la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental y constituyen una guía importante para los Estados en la tarea de delinear y/o reformar los sistemas de salud mental.

La CIDH tomó conocimiento de la Resolución CD.40.R19, aprobada por el Consejo Directivo de la OPS/OMS el 26 de septiembre de 1997, en la que este Organismo exhorta a los Estados miembros a que se esfuercen por

<sup>1</sup> En 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) convocó a distintas organizaciones, asociaciones, profesionales de la salud mental y juristas a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (1990), celebrada en Caracas, Venezuela. En el marco de esta Conferencia se aprobó la Declaración de Caracas. Una reproducción completa de la Declaración de Caracas puede ser consultada en Itzak Levav, Helena Restrepo y Carlyle Guerra de Macedo, *The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A new policy for Mental Health services*, 15 J. Public Health & Policy, p. 71 (1994).

<sup>2</sup> Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, G.A. Res. 119, U.N. GAOR, 46 Sesión, Supp No. 49, Anexo, p. 188-192. U.N. Doc.A/46/49 (1991).

mejorar la legislación que protege los derechos humanos de las personas con discapacidad mental<sup>3</sup>.

De acuerdo a la OPS/OMS<sup>4</sup>, al Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas<sup>5</sup> y a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas<sup>6</sup> las libertades fundamentales y derechos más frecuentemente violados en hospitales psiquiátricos incluyen el derecho a ser tratado con humanidad y respeto, el derecho a una admisión voluntaria, el derecho a la privacidad, la libertad de comunicación, derecho a recibir tratamiento en la comunidad, derecho a proporcionar consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento y el derecho a recurrir a un tribunal independiente e imparcial que determine la legalidad de la detención en un hospital psiquiátrico.

La Comisión ha verificado que en las Américas, los usuarios, sus familiares, personal de salud mental, abogados, jueces y demás personas involucradas en la promoción y protección de la salud mental tienen un conocimiento limitado de los estándares internacionales y normas convencionales que protegen los derechos de las personas con discapacidad mental y además que estos estándares y normas convencionales no han sido, en la mayoría de los casos, incorporados en las legislaciones nacionales.

En abril de 1999, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos aprobó el Informe N° 63/99 con relación a un paciente mental<sup>7</sup>, en el cual se señala que es pertinente utilizar estándares especiales para determinar si se ha cumplido con las normas convencionales en

casos que involucran a prisioneros o pacientes mentales recluidos en hospitales psiquiátricos por ser considerados un grupo especialmente vulnerable. En este informe, la CIDH interpretó las normas de la Convención Americana que consagran el derecho a la integridad personal, el derecho a la vida y el derecho a la protección judicial a la luz de los Principios de Salud Mental. La CIDH, en el mismo informe, coincidió con la postura de la Corte Europea de Derechos Humanos, según la cual el estado de salud de la víctima es un factor relevante al momento de determinar si se infligieron penas o tratamientos inhumanos o degradantes y por lo tanto concluyó que el encarcelamiento de una persona con discapacidad mental bajo condiciones deplorables y sin tratamiento médico puede llegar a constituir tratamiento inhumano o degradante, prohibido por el artículo 5(2) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

En el informe N° 63/99 la CIDH también concluyó que las personas que padecen discapacidad mental no se encuentran en condiciones de manejar su propia persona y consecuentemente requieren de cuidados, tratamiento y control para su propia protección.

Por todo lo cual,  
la Comisión Interamericana de Derechos Humanos recomienda

A los Estados:

1. Ratificar la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de

<sup>3</sup> Ver I. Levav & R. González Uzcátegui, Rights of Persons with mental illness in Central America, 101 Acta Psychiatrica Scandinavica, p.84 (2000).

<sup>4</sup> Diagnóstico sobre el estado de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental en países de Centro América, Informe Final, Tegucigalpa, Julio 1998, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Este informe diagnosticó la situación en cinco países: Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá.

<sup>5</sup> United Nations, Centre for Human Rights, Study Series Human Rights and Disabled Persons, 1993, p. 27 (Special Rapporteur Leandro Despouy).

<sup>6</sup> United Nations, Economic and social Council, Commission on Human Rights, Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities; Principles, Guidelines and Guarantees for the Protection of Persons Detained on Grounds of Mental Ill-Health or Suffering from Mental Disorder, U.N. Doc. E/CN.4/Sub.2/1983/17, págs. 24-27 (Special Rapporteur Erica Irene Dae).

<sup>7</sup> CIDH, Informe N° 63/99, Caso N° 11.427 (Víctor Rosario Congo), Ecuador, Informe Anual 1998.



Discriminación de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la OEA el 8 de junio de 1999, cuyos objetivos son la prevención y la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad física o mental y propiciar su plena integración en la sociedad.

2. Tomar medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole para diseminar por medios apropiados y dinámicos [entre autoridades gubernamentales, ONGs, profesionales de salud mental, abogados, jueces y otras personas involucradas en la promoción de políticas de salud mental] los estándares internacionales y normas convencionales de derechos humanos que protegen las libertades fundamentales y derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas con discapacidad mental.

3. Reformar las leyes existentes en materia de salud mental o discapacidad en general y, si estas no existen, crear leyes que garanticen el respeto de las libertades fundamentales y los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y sus familiares, incorporando en las mismas los estándares internacionales y las normas convencionales de derechos humanos que protegen a las personas con discapacidad mental.

4. Promover e implementar a través de legislación y planes nacionales de salud mental la organización de servicios comunitarios de salud mental cuyos objetivos sean la plena integración de las personas con discapacidad mental en la sociedad y la participación de organizaciones profesionales, asociaciones de usuarios y familiares, sus amistades, organizaciones de asistencia social y otros miembros de la comunidad en la rehabilitación del paciente mental.

5. Promover a nivel de sus Defensorías de los Habitantes u Ombudsman la creación de iniciativas específicas para la defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental.

6. Adoptar las medidas que sean necesarias para que en todas las instituciones de salud mental se expongan los derechos del paciente mental en lugares visibles tales como salas de

espera, servicios de admisión y otros lugares frecuentados por familiares y pacientes.

7. Apoyar la creación de organismos que supervisen el cumplimiento con las normas de derechos humanos en todas las instituciones y servicios de atención psiquiátrica cuyas actividades involucren a pacientes, sus familiares, representantes de los pacientes y personal de salud mental.

8. Establecer mecanismos de concientización, educación pública (preparación y divulgación de material educativo, tales como folletos, afiches, videos, etc.) y acciones tendientes a combatir la estigmatización y discriminación de las personas con discapacidad mental, a través de organizaciones estatales y ONGs, de conformidad con los estándares internacionales y normas convencionales que protegen a estas personas.

A todas las partes involucradas en la promoción de la salud mental (comités institucionales de defensa; asociaciones de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras; agrupaciones cívicas; ongs; asociaciones de usuarios y familiares; abogados; estudiantes de derecho; etc.):

1. Que se involucren activamente en la defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental, incluyendo en sus programas acciones concretas.

2. Que divulguen los estándares internacionales y normas convencionales que protegen los derechos de las personas con discapacidad mental a través de reuniones, congresos, publicaciones científicas o campañas educativas, utilizando todos los medios de comunicación social disponibles.

3. Que hagan un esfuerzo para celebrar todos los años el 10 de octubre, declarado Día Mundial de la Salud Mental por la OMS, y aprovechen esta ocasión para promocionar los derechos del paciente mental.

4. Que coordinen acciones con los Ministerios de Salud, Cajas de Seguridad Social, Centros de Salud, Defensorías de los Habitantes y demás entidades gubernamentales encargadas de implementar políticas de salud mental para proteger los derechos de las personas con discapacidad mental.

A los usuarios y sus familiares:

1. Que estén conscientes de que las personas con discapacidad mental tienen los mismos derechos y libertades fundamentales

que el resto de los seres humanos y que existen principios internacionales que protegen a estas personas, especialmente debido a su particular condición de vulnerabilidad e impotencia.

## Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual

Adoptada por unanimidad por los participantes de la Conferencia de la OPS y la OMS sobre Discapacidad Intelectual, el 6 de octubre de 2004

Afirmando que las personas con discapacidades intelectuales, al igual que los demás seres humanos, tienen derechos básicos y libertades fundamentales que están consagradas en diversas convenciones, declaraciones, normas y estándares internacionales existentes;

Exhortando a los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA) a que hagan efectivos los contenidos de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad;

Deseando reconocer las desventajas históricas y obstáculos que las personas con discapacidades intelectuales han enfrentado y siendo conscientes de la necesidad de aliviar el impacto negativo de la pobreza en sus condiciones de vida;

Conscientes de que las personas con discapacidades intelectuales han sido frecuentemente excluidas de la toma de decisiones sobre sus derechos humanos, su salud y su bienestar y que las leyes concernientes a la incapacidad jurídica se han usado históricamente para negar su derecho a tomar decisiones;

Preocupados por el hecho de que la libertad de las personas con discapacidades intelectuales para tomar sus propias decisiones ha sido frecuentemente negada, ignorada, revocada o sujeta a abusos;

Apoyando el mandato que tiene el Comité Especial de las Naciones Unidas encargado de preparar una convención internacional amplia e integral para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad;

Reconociendo la importancia que tiene un enfoque basado en los derechos humanos en áreas tales como la salud, el bienestar y la discapacidad;

Reconociendo además las necesidades de las personas con discapacidades intelectuales y sus aspiraciones a ser plenamente consideradas y reconocidas como ciudadanos iguales, tal como es establecido en la Declaración de Managua (1993); y

Conscientes de la importancia significativa de la cooperación internacional como medio de promover las mejores condiciones para el ejercicio y el disfrute pleno de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad intelectual;

Nosotros,  
Personas con discapacidades intelectuales y otras discapacidades, familias, representan-

tes de personas con discapacidades intelectuales, especialistas del campo de la discapacidad intelectual, trabajadores de la salud y otros especialistas del campo de la discapacidad, representantes de los Estados, proveedores y administradores de servicios, activistas, legisladores y abogados reunidos los días 5 y 6 de octubre de 2004 en la Conferencia internacional OPS/OMS de Montreal sobre la discapacidad intelectual, juntos

Declaramos que

1. Las personas con discapacidades intelectuales, al igual que los otros seres humanos, nacen libres e iguales en dignidad y en derechos.

2. Al igual que otras características humanas, la discapacidad intelectual, constituye una parte integrante de la experiencia y la diversidad humanas. La discapacidad intelectual es entendida de manera diversa por las distintas culturas, por lo que la comunidad internacional debe reconocer que sus valores universales de dignidad, autodeterminación, igualdad y justicia social para todos se aplican a todas las personas con una discapacidad intelectual.

3. Los Estados tienen la obligación de proteger, respetar y garantizar que todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como las libertades fundamentales de las personas con discapacidades intelectuales sean ejercidos de conformidad con las leyes nacionales y con las convenciones, declaraciones, normas y estándares internacionales de derechos humanos. Por lo tanto, los Estados tienen la obligación de proteger a las personas con discapacidades intelectuales contra la experimentación médica o científica sin su consentimiento libre e informado, como también contra cualquier forma de violencia, abuso, discriminación, segregación, estigmatización, explotación, trato o castigo cruel, inhumano o degradante.

4. Los derechos humanos son indivisibles, universales, interdependientes e interrelacionados. Consecuentemente, el derecho al máximo nivel posible de salud y bienestar físico y mental está ligado a los otros derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y a las libertades fundamentales. Para las personas

con discapacidades intelectuales, como para las otras personas, el ejercicio del derecho a la salud debe hacerse asegurando la presencia de la inclusión social, un nivel de vida adecuado y el acceso a una educación inclusiva, a un trabajo justamente remunerado y a servicios integrados dentro de la comunidad.

5. a) Todas las personas con discapacidades intelectuales son ciudadanos plenos, iguales ante la ley y habilitados para ejercer sus derechos, en virtud del respeto a sus diferencias y a sus elecciones individuales;

b) El derecho a la igualdad para las personas con discapacidades intelectuales no se limita a la igualdad de oportunidades, sino que puede requerir también, si las personas con discapacidad intelectual así lo eligen, adaptaciones apropiadas, acciones positivas, acomodaciones y apoyos. Los Estados deben garantizar la presencia, la disponibilidad, el acceso y el goce de servicios adecuados basados en las necesidades, así como en el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad intelectual;

c) El respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de las personas con discapacidades intelectuales requiere su plena inclusión en la comunidad. A tal efecto, todas las personas con discapacidades intelectuales deben tener acceso a educación, capacitación e información con respecto a sus derechos y sus deberes.

6. a) Las personas con discapacidades intelectuales tienen el mismo derecho que las otras personas a tomar decisiones sobre sus propias vidas. Aun las personas que tienen dificultad para hacer elecciones, tomar decisiones y comunicar sus preferencias, pueden tomar decisiones acertadas para mejorar su desarrollo personal, la calidad de sus relaciones con otros y su participación comunitaria. Conforme con el deber de adecuación enunciado en el párrafo 5b, las personas con discapacidades intelectuales deben recibir el apoyo necesario para tomar esas decisiones, comunicar sus preferencias y que ambas sean respetadas. Las personas con una discapacidad intelectual que tengan dificultades para realizar elecciones y tomar decisiones independientes deben poder beneficiarse de las leyes y políticas que reconozcan y promuevan el apoyo para tomar sus

propias decisiones. Los Estados deben ofrecer los servicios y los apoyos necesarios a fin de facilitar que las personas con discapacidad intelectual tomen decisiones sobre cuestiones significativas para sus propias vidas;

b) Bajo ninguna circunstancia las personas con discapacidades intelectuales serán consideradas totalmente incompetentes para tomar decisiones en razón de su discapacidad. Solamente bajo circunstancias extraordinarias, el derecho de las personas con discapacidades intelectuales a tomar sus propias decisiones puede ser legalmente interrumpido. Una tal suspensión debe ser limitada en el tiempo, sujeta a revisiones periódicas y aplicada únicamente a las decisiones específicas para las cuales una autoridad competente e independiente haya determinado la falta de aptitud;

c) Esta autoridad debe establecer, con evidencias claras y convincentes, que se han brindado los apoyos apropiados y se han considerado todas las alternativas menos restrictivas antes de nombrar un representante personal que ejerza el consentimiento sustitutivo. Esta autoridad deberá actuar conforme a la ley, respetando el derecho de una persona con discapacidad intelectual a ser informada de los procedimientos, a ser oída, a presentar evidencias, a convocar expertos para testificar en su favor, a ser representada por uno o más individuos de su confianza y elección, a confrontar cualquier evidencia en su contra y a apelar cualquier decisión adversa ante una instancia judicial superior. El representante, tutor o curador que ejerza el consentimiento sustitutivo debe tomar en cuenta las preferencias de la persona con discapacidad intelectual y hacer todo lo posible por tomar la decisión que esa persona hubiera tomado si hubiera podido hacerlo por sí misma.

Con este propósito, nosotros, los participantes de la Conferencia OPS/OMS de Montreal sobre la discapacidad intelectual, en solidaridad con los esfuerzos ya realizados a nivel nacional e internacional, individual y conjuntamente,

Acordamos

7. Apoyar y defender los derechos de las personas con discapacidades intelectuales; difundir las convenciones, declaraciones, normas y estándares internacionales que protegen los de-

rechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad intelectual y promover o establecer, cuando no existan, la integración de estos derechos en las políticas, las leyes y los programas nacionales pertinentes; y

8. Apoyar, promover e implementar acciones que favorezcan la inclusión social y la participación de las personas con discapacidad intelectual en toda América, por medio de un abordaje intersectorial que involucre a las personas con discapacidades intelectuales, sus familias, sus redes sociales y sus comunidades.

Por consiguiente, nosotros, los participantes en la Conferencia OPS/OMS de Montreal sobre la discapacidad intelectual

Recomendamos

9. A los Estados:

a) Reconocer que las personas con discapacidades intelectuales son ciudadanos plenos de la sociedad;

b) Cumplir las obligaciones contenidas en las leyes nacionales e internacionales, que reconocen y protegen los derechos de las personas con discapacidades intelectuales. Asegurar su participación en la elaboración y evaluación de toda ley, política o plan que les concierne; asignar los recursos económicos y administrativos necesarios para la implementación efectiva de esas leyes;

c) Desarrollar, establecer y tomar las medidas legislativas, jurídicas, administrativas y educativas necesarias con el fin de lograr la plena inclusión social de las personas con discapacidades intelectuales;

d) Proveer a las comunidades, a las personas con discapacidades intelectuales y a sus familias el apoyo necesario para el ejercicio de sus derechos, promoviendo y fortaleciendo sus organizaciones;

e) Elaborar y ofrecer a las personas con discapacidades intelectuales, cursos de formación, capacitación y programas de información sobre derechos humanos.

10. A los diversos agentes sociales y civiles:

a) Participar de manera activa en el respeto, la promoción y la protección de los derechos

humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades intelectuales;

b) Preservar cuidadosamente la dignidad e integridad física, moral y psicológica de las personas con discapacidades intelectuales, por medio de la creación y la conservación de condiciones sociales de apertura y no estigmatización.

11. A las personas con discapacidad intelectual y sus familias:

a) Estar conscientes de que ellos comparten los mismos derechos y libertades con todos los seres humanos; que tienen el derecho a igual protección ante la ley y que tienen, en última instancia, el derecho a un recurso legal o cualquier otro recurso efectivo ante una corte de justicia o un tribunal competente, con el fin de ser protegidos contra toda violación de sus derechos fundamentales reconocidos por leyes nacionales e internacionales;

b) Asegurarse que participen en la elaboración y la evaluación continua de todas las leyes, políticas y planes nacionales que les conciernen;

c) Colaborar con las organizaciones nacionales e internacionales, gubernamentales y no

gubernamentales del campo de la discapacidad, con el fin de consolidarse y fortalecerse mutuamente, a nivel nacional e internacional, para la promoción activa y la defensa de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades.

12. A las organizaciones internacionales

a) Incluir los términos “discapacidad intelectual” en sus clasificaciones, programas, áreas de trabajo e iniciativas, en referencia a las “personas con discapacidades intelectuales” y sus familias, a fin de garantizar el pleno ejercicio de sus derechos y de determinar correctamente los principios directores y las acciones que deben ser desarrolladas en este campo;

b) Colaborar con los Estados, las personas con discapacidades intelectuales, sus familias, y las organizaciones no gubernamentales que los representan, para dedicar recursos y asistencia técnica para promover las metas de la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual, incluyendo el apoyo para la plena participación social de las personas con discapacidades intelectuales y para los modelos de servicios comunitarios integrados.

# Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (Principios de Brasilia)

Adoptados en la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, 7 al 9 de noviembre de 2005

El Ministerio de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocaron al personal gubernamental de Salud Mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, los días 7-9 del mes de noviembre del año 2005, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990.

Los participantes de la conferencia destacan

Que la Declaración de Caracas surgió como resultado de un análisis crítico del estado de la atención de Salud Mental en las Américas, que hacia ineludible su reforma;

Que la Declaración de Caracas consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención, y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales; y

Que la Declaración de Caracas ha sido enmendada por todos los países de la región de las Américas.

Notan

Que en los últimos 15 años se han producido en el nivel regional avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica;

Que las Resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS en 1997 y 2001 constituyen importantes apoyos a los principios de la Declaración de Caracas;

Que los Estados Miembros de la OPS adoptaron en septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, la cual contiene nuevas orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud, tales como la creación de Sistemas Sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención; y

Que la OMS ha formulado principios rectores que orientan la reforma de la atención de Salud Mental a nivel global, los cuales fueron incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental de 2001 y en otros programas e iniciativas.

Toman conocimiento

Que los principios esenciales de la Declaración están siendo implementados exitosamente en numerosos países de la Región;

Que con el transcurso del tiempo valiosas experiencias y lecciones se han acumulado tanto de éxitos como de obstáculos;

Que la Declaración de Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como un estándar

para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales;

Que existen experiencias exitosas en algunos países que sirven de referencia para la OMS en sus acciones globales, tales como la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la Salud Mental dentro de las redes de servicio de salud pública. Cabe destacar ejemplos adicionales, entre otros, la integración de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de servicios de Salud Mental Infanto-Juveniles en Cuba; aspectos sobresalientes del “Modelo Nacional Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental” cuyo desarrollo contempla importantes acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social en México; el desarrollo de servicios de Salud Mental basado en la utilización de enfermeras, calificadas en Belice y Jamaica; la atención a grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá.

#### Reiteran

La validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas con relación a:

El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales;

La necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren;

1. La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo cuando sea necesario la admisión en hospitales generales;

2. La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones

de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial;

3. El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutive;

4. La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental; y

5. La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población.

Cabe subrayar que si mucho se ha avanzado, aún más debe ser hecho para cumplir las acciones pendientes derivadas de la Declaración de Caracas. Por ejemplo, continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aún es insuficiente la capacidad de documentación, monitoría y evaluación.

#### Advierten

Que los servicios de Salud Mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos quince años, tales como:

1. La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se ha incrementado notablemente;

2. El aumento de la mortalidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia;

3. El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol; y

4. El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas.

Por lo tanto,

Los auspiciadores de la conferencia resuelven aunar esfuerzos a fin de:



1. Gestionar la realización de una Reunión Regional de Ministros de Salud que tenga como objetivo la formulación de un Plan de Acción Regional con metas definidas;

2. Continuar sensibilizando a las autoridades nacionales respecto a la necesidad imperiosa de aumentar la inversión en salud mental para afrontar la dramática carga de mortalidad y discapacidad generada por los trastornos mentales;

3. Recopilar, documentar y diseminarlas experiencias de atención en salud mental, que

hayan incorporado indicadores estándares promovidos por la OPS y la OMS; y

4. Promover los programas de colaboración bi y multilateral entre países para el desarrollo de servicios, capacitación e investigación.

Y llaman a todas las partes involucradas a:

Continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios étnicos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas.

# Leyes provinciales de salud mental<sup>1</sup>

## Ciudad de Buenos Aires

Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.  
Sancionada el 27 de julio de 2000.  
Publicada en el Boletín Oficial el 7 de septiembre de 2000.  
Reglamentada por el Decreto N° 635, del 22 de abril de 2004.

## Chubut

Ley I - N° 384. Marco jurídico para las acciones y actividades del campo de la salud mental.  
Sancionada el 17 de diciembre de 2008.  
Publicada en el Boletín Oficial el 6 de enero de 2009.  
Reglamentada por el Decreto N° 1366, del 13 de octubre de 2009.

## Córdoba

Ley N° 9848. Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba.  
Sancionada el 20 de octubre de 2010.  
Publicada en el Boletín Oficial el 5 de noviembre de 2010.

## Corrientes

Ley N° 6106. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Adhiere a la ley nacional 26.657.  
Sancionada el 26 de abril de 2012.  
Publicada en el Boletín Oficial el 23 de mayo de 2012.

## Entre Ríos

Ley N° 8806. Enfermos mentales. Derechos. Procedimientos para su internación.  
Sancionada el 7 de junio de 1994.  
Publicada en el Boletín Oficial el 14 de julio de 1994.  
Reglamentada por el Decreto N° 5041, del 16 de noviembre de 1998.

<sup>1</sup> Los datos fueron extraídos de Legisalud Argentina, Ministerio de Salud de la Nación (<http://leg.msal.gov.ar/>).

## **La Rioja**

Ley N° 9098 de Protección de la Salud Mental.  
Sancionada el 6 de octubre de 2011.  
Publicada en el Boletín Oficial el 16 de diciembre de 2011.

Ley N° 7365 de Protección al Paciente con Enfermedad Mental.  
Publicada en el Boletín Oficial el 18 de octubre de 2002.

## **Río Negro**

Ley N° 2440. Personas con sufrimiento mental. Régimen para la atención y tratamiento.  
Sancionada el 11 de septiembre de 1991.  
Publicada en el Boletín Oficial el 10 de octubre de 1991.  
Reglamentada por el Decreto N° 794, del 11 de mayo de 1992.

## **San Juan**

Ley N° 6976. Promoción del bienestar de la salud mental y prevención de trastornos en la psiquis de las personas y su rehabilitación psicosocial.  
Sancionada el 4 de noviembre de 1999.  
Publicada en el Boletín Oficial el 24 de enero de 2000.  
Reglamentada por el Decreto N° 1681, del 1° de noviembre de 2004.

## **San Luis**

Ley General N° I – 0536. Prohibición de la Institucionalización.  
Sancionada el 13 de diciembre de 2006.  
Publicada en el Boletín Oficial el 29 de diciembre de 2006.

## **Santa Fe**

Ley N° 10.772 de Salud Mental.  
Sancionada el 29 de noviembre de 1991.  
Publicada en el Boletín Oficial el 11 de febrero de 1992.  
Reglamentada por el artículo 22, de la Resolución N° 660, del 7 de abril de 2003.

## **Tucumán**

Ley N° 7881. Internación en establecimientos de salud mental.  
Sancionada el 26 de diciembre de 2006.  
Publicada en el Boletín Oficial el 27 de abril de 2007.



