

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

TÍTULO DE TESIS DE MAESTRÍA

Construcción de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Fase de recolección de información relativa a las categorías conceptuales: recepción del derecho, capacidades estatales, contexto financiero y compromiso presupuestario

Autor: Lic. en Psicología Diana Scorza

Director: Mgter. Jacinta Burijovich

Córdoba

Abril, 2015

La Universidad Nacional de Córdoba no se hace solidaria con el contenido de la presente tesis.

RESUMEN

Título: Construcción de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Fase de recolección de información relativa a las categorías conceptuales: recepción del derecho, capacidades estatales, contexto financiero y compromiso presupuestario.

Autor: Lic. en Psicología Diana Scorza

Institución: Maestría de Salud Mental. Facultad de Psicología – Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

Esta investigación, de tipo cualitativo, tuvo como objetivo generar información para la construcción de una Matriz de Indicadores que permita monitorear y evaluar políticas públicas en salud mental desde un enfoque de derechos humanos, en acuerdo con la legislación vigente. Dicha información estuvo referida a recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario.

Técnica de recolección de datos: entrevista a expertos.

Instrumento de consulta: elaborado siguiendo el modelo propuesto por la OEA para la construcción de indicadores de derechos humanos y la Ley Nacional de Salud Mental. Se realizó un análisis de contenido y se apuntó a la saturación de categorías.

Resultados: las dimensiones estudiadas quedaron compuestas por las siguientes subdimensiones:

- Recepción del Derecho: adhesión del Estado a documentos internacionales y legislación nacional/provincial específica en derecho a la salud mental.
- Capacidades Estatales: existencia de agencias dentro del Estado destinadas a la planificación y ejecución de políticas en salud mental, plan nacional/provincial, instancias intersectoriales e interinstitucionales, estructura administrativa del estado, regulación del sistema sanitario y políticas de recursos humanos.
- Contexto Financiero y Compromiso Presupuestario: disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre asignación presupuestaria, presupuesto asignado al sector y evaluación del presupuesto asignado/ejecutado.

Las subdimensiones contienen indicadores estructurales, de proceso, de resultado y señales de progreso.

Los resultados obtenidos en otra investigación sobre los principios transversales de acceso a la justicia, igualdad y no discriminación, y acceso a la información y participación, completan la Matriz de Indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos.

Palabras claves: indicadores desde el enfoque de derechos humanos– salud mental – recepción del derecho – capacidades estatales – compromiso presupuestario.

ABSTRACT

Title: The construction of mental health indicators from a human rights perspective. The information-gathering phase surrounding the following conceptual categories: receiving of rights, state capabilities, financial context and budgetary commitment.

Author: Diana Scorza, Licensed Psychologist

Institution: Masters in Mental Health. College of Psychology, College of Medical Sciences. National University of Córdoba.

This qualitative research investigation had the objective of generating information to be utilized in the construction of a matrix of indicators that would permit the monitoring and evaluation of public policy in mental health from a human rights perspective in alignment with the current legislation. This information has been referenced as receiving of rights, state capabilities, financial context, and budgetary commitment.

Research- gathering technique: interviews with experts.

Reference Tool: devised following the model proposed by the OAS for the construction of indicators of human rights and the National Mental Health Law. A content analysis was carried out which aimed towards category saturation.

Results: the dimensions were constituted by the following sub-dimensions:

-Receiving of Rights: State adherence international documents, and specific national/provincial legislation surrounding the right to mental health.

-State capabilities: existence of agencies within the State aimed at the planning and implementation of policies on mental health, national/provincial plan, inter-sectoral and inter-agency bodies, administrative structure of the State, regulation of the health system and human resources policies.

Financial Context and Budgetary Commitment: dispositions in the mental health laws dealing with assignments of budget, budgeting assigned to the sector and the evaluation of budget assignment and receiving

These sub-dimensions contain indicators of structure, process, results, and signs of progress.

The results obtained in the investigation surrounding the transversal principles- access to justice, equality and non-discrimination, and access to information and participation –complete the matrix of indicators of mental health from a human rights perspective.

Key Words: indicators from a human rights perspective– mental health – receiving of rights – state capabilities – budgetary commitment.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Planteo del Problema.....	7
1.2. Marco Conceptual y Referencial	11
1.2.1. Enfoque de Derechos Humanos.....	11
1.2.2. Monitoreo y evaluación de políticas públicas desde el enfoque de derechos humanos. Indicadores de derechos humanos.	17
1.2.3. Categorías Conceptuales	24
1.2.4. Salud Mental y Derechos Humanos	28
1.3. Antecedentes.....	36
1.4. Objetivos.....	42
2. MATERIALES Y MÉTODOS	43
2.1. Diseño. Tipo de estudio	43
2.2. Participantes	44
2.3. Procedimiento	45
2.4. Recolección de datos.....	46
2.5. Análisis de datos.....	47
2.6. Consideraciones éticas.....	47
3. RESULTADOS	49
3.1. Dimensión: Recepción del Derecho.....	51
3.2. Dimensión: Capacidades Estatales	64
3.3. Dimensión: Contexto Financiero y Compromiso Presupuestario	89
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
ANEXO 1. Curriculum abreviado de los expertos consultados	127
ANEXO 2. Modelo de Consentimiento Informado.....	131
ANEXO 3. Matrices de consulta	132
ANEXO 4. Documentos Internacionales.....	142
ANEXO 5: Matriz de Indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos	144

1. INTRODUCCIÓN

A través del presente informe se pretende dar cuenta de la investigación realizada sobre “Construcción de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Fase de recolección de información relativa a las categorías conceptuales: recepción del derecho, capacidades estatales, contexto financiero y compromiso presupuestario”.

La misma fue llevada a cabo como Tesis de la Maestría en Salud Mental, de la Facultad de Psicología y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Los objetivos que se propusieron estuvieron asociados a la necesidad de contar con instrumentos que delimiten y recojan información que permita realizar un monitoreo y evaluación de las políticas públicas en salud mental, en el marco de las legislaciones vigentes en este campo.

Dado que las mismas significan un importante avance en el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento mental, se consideró la necesidad de construir los indicadores de salud mental, desde el marco del enfoque de derechos humanos, de modo que los mismos permitan realizar un seguimiento de las políticas y acciones desde esta perspectiva.

A lo largo del informe, se irán presentando los fundamentos y los resultados a los que se arribó en esta investigación.

En este apartado, primeramente se planteará el problema de investigación, para luego pasar a los aspectos teóricos que sustentan la misma, los antecedentes en este tema y los objetivos a los cuales se pretendió llegar.

A continuación, en el apartado de Materiales y Métodos, se intentará dejar claramente establecido los participantes, las técnicas de recolección de datos utilizadas, así como el análisis de los mismos y las consideraciones éticas respetadas.

Posteriormente, la presentación de los Resultados, se organizará de acuerdo al análisis de cada una de las dimensiones estudiadas, recepción del derecho, capacidades estatales, contexto financiero y compromiso presupuestario.

Por último, se incluirán las principales discusiones sobre el tema y los resultados de esta investigación, al tiempo que se detallarán las conclusiones alcanzadas.

1.1. Planteo del Problema

La construcción de indicadores que permitan la vigilancia social, el monitoreo y la rendición de cuentas del cumplimiento de las obligaciones del Estado en virtud de los instrumentos internacionales de derechos humanos, es una temática que viene siendo trabajada desde diferentes organismos y expertos.

Tanto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966)¹, como en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, OEA, 1988)², se señala el compromiso de los Estados Partes en la realización de informes periódicos respecto de las medidas progresivas que se adopten para asegurar el debido respeto de los derechos consagrados en dichos tratados.

En relación con la elaboración de indicadores de derechos humanos, en el año 2008 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) presentó el documento Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC)³; el mismo contiene un conjunto de pautas desarrolladas para la evaluación y monitoreo de los DESC previstos en el Protocolo de San Salvador.

En base a estos lineamientos, en el año 2012, el Grupo de Trabajo de la Organización de los Estados Americanos (OEA) concluyó el informe Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador⁴, en el cual se presenta el modelo de indicadores elaborado para la medición de derechos humanos, aplicado a un primer agrupamiento de derechos: derecho a la seguridad social, a la salud y a la educación.

Particularmente en relación con el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud, el Relator Especial de las Naciones Unidas, Paul Hunt (2006)⁵ plantea que esta perspectiva refuerza, mejora y complementa los indicadores de uso común.

En el campo de la salud mental, si bien tanto la OPS/OMS, como trabajadores del área, usuarios y familiares han insistido sobre la necesidad de transformar los servicios de atención de personas con padecimiento mental, es a partir de la promulgación en el año 2010 de las Leyes de Salud Mental Nacional⁶ y de la Provincia de Córdoba⁷ que logra tomar fuerza el enfoque de derechos en nuestra realidad nacional y local.

En este contexto es que surgió la presente investigación; la misma se planteó en el marco de las acciones del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba, como parte del Programa de Investigación: "Construcción de una matriz de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Aportes al monitoreo y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud mental".

Dicho Observatorio está conformado por un equipo de profesionales, investigadores y docentes, quienes a su vez trabajaron activamente para la sanción de la Ley Provincial de Salud Mental, demostrando un largo compromiso técnico político en la temática. En continuidad con esta tarea y luego de promulgada la misma, en el año 2010 fue creado el Observatorio teniendo como propósito, analizar y hacer visible el cumplimiento de los objetivos sancionados en las leyes a través de la observación, el monitoreo y la incidencia en las políticas de salud mental y mediante la construcción de indicadores de derechos humano* . (Convocatoria PID 2010. Ministerio de Ciencia y Técnica de la Provincia de Córdoba).

Su origen estuvo relacionado a la necesidad de contar con un sistema de información que permita conocer la transformación de los servicios de salud mental, a partir de las nuevas legislaciones y el impacto de las mismas desde un enfoque de derechos.

Al respecto, diversos estudios⁸⁻¹⁰ han reflejado profundos déficit en la información del campo de la salud mental. El escaso reconocimiento de la importancia que tiene la producción de datos por parte de los responsables de la gestión de las políticas públicas, se configura como la principal dificultad para generar información en esta área, así como la falta de aplicabilidad de la misma, en los casos en que ha sido elaborada.

La construcción de la Matriz de Indicadores permitiría delimitar la información necesaria que debe producirse sobre las transformaciones en salud mental, para analizar las políticas y programas del área desde la perspectiva de los derechos humanos y avanzar en el monitoreo de los servicios de salud mental⁸.

A tal fin, se tomó como antecedente el modelo mencionado anteriormente aplicado por el Grupo de Trabajo de la OEA⁴. En el mismo se plantea ordenar la

* El Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, el Programa de Investigación "Construcción de una matriz de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Aportes al monitoreo y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud mental", así como la presente investigación son dirigidos por la Mgter. Jacinta Burijovich.

información requerida al Estado, sobre la base de un modelo compuesto por indicadores cuantitativos y señales de progreso cualitativas, organizado en función de tres tipos de indicadores: estructurales, de proceso y de resultados.

Asimismo se expresa que dicha información se debe organizar de acuerdo a las siguientes categorías conceptuales y principios transversales:

- Categorías conceptuales: recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario
- Principios transversales: acceso a la justicia, igualdad y no discriminación, y acceso a la información y participación.

Por otro lado, existe un acuerdo en considerar que los indicadores de derechos humanos se caracterizan por su asociación con un contenido normativo, del cual emanan y controlan su cumplimiento^{3,4,5,11}. Siguiendo este planteo, para la elaboración de los indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos en el marco de esta investigación, se tomó como referencia la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657⁶ y su Decreto Reglamentario¹² ya que es la normativa argentina con mayor nivel de estándar y con vigencia en todo el territorio nacional.

En el documento Construcción de indicadores en materia de derechos humanos económicos, sociales, culturales y ambientales, Sandoval Terán¹¹, refiere que un indicador es una herramienta que procura operacionalizar un concepto abstracto, de interés teórico o programático. Es una construcción basada en una metodología que informa sobre un aspecto de la realidad o sobre los cambios que se producen en la misma.

De acuerdo con esto, con relación al procedimiento para la elección de indicadores, la autora expresa que se debe comenzar de una definición conceptual del área a estudiar, a partir de la cual se dilucidarán las dimensiones y subdimensiones de análisis, para posteriormente desagregarlas en indicadores completos¹¹.

Estos aspectos, sumados a las implicancias metodológicas para el alcance de los criterios técnicos que debe cumplimentar cualquier indicador (pertinencia, sensibilidad, especificidad, disponibilidad, relevancia, claridad, factibilidad, consistencia, exactitud, economía, entre otros)^{11,13}, justificaron la necesidad de un Programa de Investigación donde se previó diferentes fases y líneas de investigación con el fin de lograr el propósito de construcción de una Matriz de Indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos.

De este modo, a través de esta investigación se contribuyó a concretar la primera fase del Programa de Investigación, denominada "Construcción propiamente dicha de la Matriz de Indicadores".

Siguiendo el modelo de la OEA⁴, este estudio consistió en la recolección de información que permitió la delimitación de las dimensiones correspondientes a las categorías conceptuales recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario, en relación específicamente al derecho a la salud mental.

A través de dicha información inicialmente se identificaron las subdimensiones e indicadores de cada una de las categorías conceptuales, organizándolos de acuerdo a la tipología de indicadores y señales de progreso⁴.

Esta investigación se complementó con otro estudio llevado a cabo también en el marco de la Maestría de Salud Mental por la Lic. Mariana Illanes Passera: "Construcción de indicadores de salud mental desde un enfoque de derechos humanos. Fase de recolección de información relativa a los principios transversales de acceso a la justicia, igualdad y no discriminación, y acceso a la información y participación".

El aporte conjunto de ambas líneas de investigación cumplió con el propósito de la primera fase del Programa de Investigación ya que permitió la construcción de una Matriz de Indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos, de acuerdo con el modelo de la OEA.

En el marco del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la Ciudad de Córdoba, se buscará realizar la segunda fase del programa denominada "Aplicabilidad de la Matriz de Indicadores". Esta fase consistirá en la adaptación de la matriz en función de la re-selección de los indicadores de acuerdo a la incorporación de la opinión de usuarios y familiares, así como de criterios técnicos de factibilidad y economía. Asimismo, se buscará generar estrategias de recolección de información e identificación de bases de datos, a fin de ampliar las posibilidades de aplicación y utilidad de la Matriz de Indicadores.

1.2. Marco Conceptual y Referencial

En el presente punto se expondrá primeramente una aproximación a los principales aspectos del enfoque de derechos humanos. Seguidamente se presentarán los argumentos conceptuales con relación a la importancia de la vigilancia social y el monitoreo de las obligaciones del Estado, a partir de la utilización de indicadores desde un enfoque de derechos humanos, para luego describir las categorías conceptuales recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario. Para finalizar se hará referencia a los principales desarrollos del derecho a la salud mental, enmarcados dentro de las nuevas legislaciones.

1.2.1. Enfoque de Derechos Humanos

Se define a los derechos humanos como las garantías jurídicas universales. Las mismas protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y con los derechos fundamentales. Están fundados en valores humanos apreciados y comunes a todas las culturas y civilizaciones, es decir en el respeto a la dignidad y el valor de cada ser humano¹⁴.

Siguiendo a Alén¹⁵, los derechos humanos son aquellos que corresponden a cada persona por el mero hecho de ser un sujeto humano. Si bien nacieron con los mismos, su reconocimiento se fue desarrollando históricamente en distintas etapas, asociado a la aparición de las primeras formas de autoridad estatal, tales como jefaturas tribales, monarquías, imperios. Fueron los abusos cometidos en estas organizaciones estatales los que hicieron necesario el reconocimiento de los derechos humanos.

Al decir de este autor, “no es que los derechos humanos aparezcan a partir de que los reconozcan, sino que los derechos existieron desde el mismo momento en que hubo seres humanos. Lo que faltó fue el reconocimiento estatal, que se fue dando con posterioridad, en un largo camino que no estuvo exento de luchas y complicaciones, pero que generalmente ha operado como respuesta a grandes tragedias o grandes situaciones y a la acción de muchos pensadores que fueron

desarrollando sus tareas a partir de la aparición de ese poder estatal frente a la vida de cada individuo”¹⁵.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, se produjo el reconocimiento masivo a nivel internacional de los derechos humanos en todas sus dimensiones, como producto de lo que fue la política de violación masiva de derechos humanos más grave que hubiera conocido la humanidad¹⁵.

Luego de finalizada la misma, primero se constituyeron las Naciones Unidas en el año 1945, con la finalidad de preservar de la paz, la democracia y los derechos humanos. Posteriormente, la Asamblea General, reunida el 10 de Diciembre de 1948, sancionó por proclamación la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁶.

De esta manera, la Declaración Universal representa el catálogo internacional en donde los derechos humanos son reconocidos a toda persona por el mero hecho de serla, en condiciones de igualdad, de dignidad y de libertades¹⁵.

Por otro lado, en América Latina, en el marco de la Conferencia Panamericana llevada a cabo en Bogotá en Marzo de 1948, se constituyó la Organización de Estados Americanos y se aprobó la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹⁷. Esta declaración también constituye un catálogo de derechos humanos pero más enfocados a los aspectos civiles y políticos, con una gran amplitud y antecede a la Declaración Universal¹⁵.

Como el sistema de declaraciones no crea obligaciones jurídicas para los países, estas dos declaraciones dieron origen a diversas convenciones, pactos y tratados, creando, así, lazos jurídicos y obligaciones entre los Estados que los firman.

En el ámbito de la ONU, la Declaración Universal de los Derechos Humanos dio origen a dos Pactos fundamentales: - el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹⁸, y - el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ambos fueron aprobados¹ en 1966 y preveían que para su efectiva vigencia necesitaban la ratificación de, al menos, 35 países lo que se alcanzó en Marzo de 1976¹⁵.

En el marco de la OEA, en 1969, en San José de Costa Rica, se aprobó la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)¹⁹. Esta convención representa la traducción de los derechos que habían sido reconocidos en la Declaración Americana, en un convenio que incluyó todos los países de América, excepto Estados Unidos.

Asimismo en 1988 se suscribe el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), entrando en vigencia en 1999. Este protocolo surge fundamentalmente como una necesidad de regular los derechos económicos, sociales y culturales a nivel regional.

La Argentina reconoció la Declaración Universal de los Derechos Humanos y fue uno de los firmantes de la Declaración Americana. Debido a los sucesivos procesos dictatoriales, la suscripción de los pactos y convenciones tuvo lugar después de 1984. La Convención Americana, fue aprobada por Ley N° 23.054 en 1984 y los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en 1986.

Posteriormente, con la reforma constitucional de 1994, se produjo la incorporación con jerarquía constitucional de todos los instrumentos internacionales sobre derechos humanos que hasta ese momento se habían ratificado.

Asimismo la reforma incorporó un nuevo capítulo de derechos y garantías (a partir del artículo 36 y hasta el artículo 43 de la Constitución), en el cual se reconocieron los llamados derechos de incidencia colectiva. Los mismos están relacionados con la protección del medio ambiente, los derechos de usuarios y consumidores, y con la incorporación de la habilitación constitucional para litigar como titulares de esos derechos no sólo a las personas individualmente afectadas, sino a los grupos o asociaciones que tengan como objetivo la defensa de esos derechos¹⁵.

Los organismos internacionales y regionales de derechos humanos acuerdan en que los derechos humanos poseen determinadas características, las que tomadas en conjunto, garantizan que todos los derechos humanos deban hacerse efectivos para todas las personas y en todo momento, sean derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales o colectivos. La ONU¹⁴ menciona entre estas características, a las siguientes:

- *Universales*: los derechos humanos son universales, con independencia del sistema político, económico o cultural.
- *Inalienables*: los derechos humanos son inherentes a las personas y no pueden ser retirados a una persona o grupo, salvo en situaciones particulares y con las debidas garantías procesales.

- *Interrelacionados*: la mejora en la realización de cualquier derecho, es función de la realización de los demás derechos humanos.
- *Interdependientes*: los derechos humanos son interdependientes pues del nivel de disfrute de cualquier derecho, depende del grado de realización de los demás.
- *Indivisibles*: todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales son igualmente importantes; la mejora del disfrute de cualquiera de ellos, no puede darse a expensas de la realización de ningún otro.

Con relación al enfoque de derechos humanos, Abramovich²⁰ refiere que a partir de los pactos internacionales, se apunta esencialmente al otorgamiento de poder a los ciudadanos. Primeramente fue a través del reconocimiento de derechos civiles y políticos, luego de derechos económicos, sociales y culturales y, con posterioridad, los incidencia colectiva.

Siguiendo con este autor²⁰, la idea esencial subyacente a la adopción de un enfoque de derechos humanos es que las políticas que adopte un Estado que tienen por finalidad impulsar estrategias, se deben basar explícitamente en normas y principios establecidos en el derecho internacional de los derechos humanos.

De esta manera, el derecho internacional brinda un marco normativo explícito e imperativo para la formulación de políticas y estrategias nacionales e internacionales. Sin embargo, los derechos no establecen el contenido de las políticas, es decir, no fijan una determinada manera de hacer las cosas, sino que la idea que prevalece es que cada Estado debe ser dueño de su estrategia, respetando el derecho de autodeterminación²⁰.

En tal sentido, los derechos “no imponen siempre acciones concretas, sino tipos de obligaciones que si bien fijan una orientación, un camino que debe transitarse, un marco para las definiciones, dejan al Estado o a los sujetos obligados, un campo muy grande de discreción para elegir las medidas específicas a partir de las cuales se realizarán esos derechos²⁰”.

Dentro de los alcances de las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos, se encuentran las siguientes¹⁴:

- *Respetar*: en el sentido de que el Estado debe abstenerse de interferir con el disfrute de los derechos humanos de las personas.

- *Proteger*: impidiendo que agentes privados o terceros vulneren los derechos humanos.
- *Cumplir*: el Estado debe adoptar medidas positivas progresivas nunca regresivas, incluida la adopción de legislación, políticas y programas apropiados, para velar por la realización de los derechos humanos.

Eide²¹ propone un esquema interpretativo de las obligaciones estatales. A las ya mencionadas, agrega las obligaciones de:

- *Garantizar*: supone asegurar que el titular del derecho acceda al bien cuando no puede hacerlo por sí mismo.
- *Promover*: se caracteriza por el deber de desarrollar condiciones para que los titulares del derecho accedan al bien.

En la misma línea de análisis, el derecho internacional de los derechos humanos ha ido delimitando con mayor claridad el conjunto de *obligaciones positivas* del Estado; las mismas se refieren a aquello que el Estado debe hacer para lograr una plena realización de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Al mismo tiempo también ha avanzado hacia la definición de las *obligaciones negativas*; esto significa aquello que el Estado no debe hacer, es decir la obligación de abstenerse de realizar cierta actividad²⁰.

Del mismo modo, la normativa internacional, contiene estándares que también sirven de marco a las políticas que cada Estado define. Estos a su vez se utilizan como “regla de juicio” sobre cuya base actúan los mecanismos de supervisión.

Con relación a los estándares contemplados en diversos materiales sobre la temática^{14, 22-24}, se pueden mencionar los siguientes:

- *Contenido mínimo de los derechos / Utilización al máximo de los recursos disponibles*: refieren a que los Estados tienen jurídicamente una obligación mínima de asegurar, al menos, niveles esenciales de cada uno de los derechos económicos, sociales y culturales, no pudiendo escudarse en la falta de recursos disponibles para justificar la inducción a un sector de la población por debajo del estándar mínimo de protección de algún derecho.
- *Progresividad y no regresividad*: entendido como la adopción de una política pública que considere a los derechos económicos, sociales y culturales como derechos humanos, cuya realización completa requieren de un proceso

durante el cual cada país avanza con distintos tiempos hacia el logro de la meta. El principio de progresividad invalida las medidas regresivas, salvo casos extremos justificables, así como descalifica la inacción.

- *Igualdad y no discriminación*: este principio se encuentra en el núcleo de toda la labor de derechos humanos; implica la aplicación a todas las personas de todos los derechos humanos y libertades y prohíbe la discriminación por una lista de motivos no exhaustiva como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política, el origen nacional o social, las propiedades, el nacimiento o cualquier otra condición.
- *Acceso a la justicia y mecanismos de reclamo*: se relaciona con la obligación del Estado de organizar el aparato institucional de modo que todos los individuos puedan acceder a estos recursos en caso de vulneración de los derechos; para esto debe remover obstáculos normativos, sociales o económicos que impidan o limitan este acceso.
- *Producción de información y acceso*: se trata de la obligación positiva del Estado de producir y brindar información, ya que en una sociedad democrática habilita a los ciudadanos a controlar las acciones de gobernantes a quienes ha confiado la protección de sus intereses.
- *Participación de los sectores afectados en el diseño de las políticas públicas*: implica que los Estados deben establecer canales y mecanismos estables y permanentes de participación social, en la formulación, implementación y monitoreo de sus políticas, especialmente de aquellas personas a las que están directamente dirigidas las mismas

De esta manera, el enfoque de derechos “procura cambiar la lógica de la relación entre el Estado –o los prestadores de bienes y servicios-, y aquellos que se beneficiarán con las políticas. No se trata sólo de personas con necesidades, que reciben beneficios asistenciales o prestaciones fruto de la discrecionalidad, sino titulares de derechos que tienen el poder jurídico y social de exigir del Estado ciertos comportamientos. Los derechos demandan obligaciones y las obligaciones requieren mecanismos de exigibilidad y cumplimiento”²⁰.

Este último aspecto, el de la exigibilidad, es un elemento esencial dentro del enfoque de derechos humanos. Parte de la idea del uso jurídico del término derecho, el cual implica que se tiene un derecho cuando el ordenamiento jurídico, a través de una ley, reconoce al sujeto una potestad (la de hacer o no hacer algo);

este mismo aspecto establece la posibilidad de reclamar de otros sujetos que hagan o no hagan algo.

De este modo, el reconocimiento de derechos le permite al titular del derecho, reclamar ante una autoridad judicial, cuando los sujetos obligados incumplen su deber, entre ellos el Estado. Correlativamente, este reconocimiento limita el margen de acción de los sujetos obligados, definiendo aquellas acciones que puede o no hacer.

Este rasgo es el que se denomina justiciabilidad o exigibilidad y supone una técnica de garantía del cumplimiento de las obligaciones que se desprenden del derecho en cuestión. Al decir de Abramovich²⁰, “es fundamental para un enfoque de derechos partir del reconocimiento de esta relación directa entre el derecho, la obligación correlativa y la garantía, pues ella tendrá sin duda impacto en la fijación de un marco conceptual para el desarrollo de políticas públicas y en los mecanismos de rendición de cuentas o responsabilidad, que puedan considerarse compatibles con la noción de derechos”.

1.2.2. Monitoreo y evaluación de políticas públicas desde el enfoque de derechos humanos. Indicadores de derechos humanos.

La preocupación por el reporte de los Estados acerca de sus avances y retrocesos en materia del cumplimiento de los derechos humanos, viene manifestándose desde hace varias décadas.

En el marco de la ONU, en 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹, en su Art. 16 refiere que los Estados Parte se comprometen a realizar informes sobre las medidas que hayan tomado y los progresos realizados con el fin de asegurar el respeto a los derechos reconocidos en el mismo. Con igual objetivo la OEA, en 1988, en el Art. 19 del Protocolo de San Salvador² dispone la presentación de informes periódicos por parte de los Estados.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de la ONU de 1993, se aprobó la Declaración Programa de Acción de Viena²⁵. En el apartado sobre la Aplicación y Métodos de Vigilancia, esta Declaración plantea la utilización de un sistema de indicadores para la medición de los avances hacia la realización de los derechos.

No obstante esto, el desarrollo de indicadores de derechos humanos tanto por parte de la ONU como de la OEA, cobra mayor impulso en la última década (en el punto Antecedentes se enumeran los documentos que ambos organismos han elaborado específicamente sobre este tema).

Al respecto la ONU¹⁴ enuncia que los indicadores de derechos humanos brindan informaciones concretas sobre el estado o la condición de un objeto, un acontecimiento, una actividad o un resultado, reflejando las normas y los principios de derechos humanos. De este modo, se utilizan para evaluar y vigilar la promoción y protección de los derechos humanos.

El Grupo de Trabajo de la OEA*, expresa que los principales objetivos de los indicadores de derechos humanos es “estimular en los Estados un proceso de evaluación y de medición de cumplimiento de derechos sociales que trascienda la idea de mero reporte y que se conviertan en un instrumento útil para el diseño y evaluación permanente para las políticas públicas al interior de los Estados tendientes a asegurar el cumplimiento del conjunto de los derechos económicos, sociales y culturales”⁴.

En el informe del Relator Especial de la ONU, Hunt⁵ refiere que si bien no hay unanimidad en la literatura especializada de salud con relación a los indicadores a utilizar, tendrá que haber cierto grado de claridad y coherencia terminológica, si se quieren lograr avances en este sentido. Recomienda el empleo de las categorías de indicadores estructurales, de proceso y de resultados, dado que las mismas son relativamente sencillas, se comprenden con facilidad y son empleadas por otros organismos (OMS, Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros).

Dentro del marco de la OEA, se ha absorbido esta sugerencia. Al respecto se fundamenta que la adopción de esta tipología de indicadores obedece a la

* En el año 2005, la Asamblea General de la OEA aprobó las Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el artículo 19 del Protocolo de San Salvador²⁶. En este documento se encomienda al Consejo Permanente que proponga la composición y funcionamiento de un Grupo de Trabajo que se encargue de analizar los informes de los Estados Parte. El Grupo de Trabajo se termina de conformar en el año 2010, quedando con el mandato de elaborar indicadores de progreso a ser empleados por cada agrupamiento de derechos protegidos sobre los que se deba presentar informes. Está integrado por: tres expertos gubernamentales, un experto independiente de alta calidad profesional y reconocida experiencia en la materia y un miembro de la CIDH designado al efecto.

necesidad de mostrar que el avance en la garantía de los derechos se da en distintos niveles: “en las condiciones estructurales de la acción estatal y del contexto en el que los Estados operan; en las acciones y los procesos mismos que los Estados realizan y, finalmente, en los resultados en términos del goce efectivo de los derechos que se derivan de combinar determinadas condiciones estructurales con las acciones concretas que el Estado ha asumido para garantizarlos (...) La ventaja de esta metodología es que permite hacer un balance valorativo y no solo descriptivo de la manera en que los Estados Parte van avanzando hacia la garantía progresiva de los derechos. En efecto, esta clasificación permite, una vez que se ha obtenido el panorama general de la situación del goce efectivo del derecho a partir de la consulta de los indicadores de resultado, continuar en un ejercicio de identificación de las causas que explican el estado de avance encontrado a través de los indicadores estructurales y de proceso”²⁷.

De esta manera, tal como ya se mencionó, el Grupo de Trabajo de la OEA⁴, tomando la recomendación de la Comisión Internacional de Derechos Humanos (CIDH), elaboró un modelo destinado a organizar la información que los Estados deben incluir en sus informes, compuesto por indicadores estructurales, de proceso y de resultados, y señales de progreso cualitativas. Al mismo tiempo se requiere organizar dicha información bajo tres categorías conceptuales (recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario) y tres principios transversales (igualdad y no discriminación, acceso a la justicia, y acceso a la información y participación).

Si bien existen otras perspectivas teóricas tanto para lo referido a los indicadores como para las categorías conceptuales, se decide tomar como principal marco conceptual los aportes elaborados por estos organismos, dado que para el desarrollo de esta investigación se toma como referencia fundamentalmente documentos de la ONU y el modelo elaborado por la OEA, tal como se explicitará debidamente más adelante.

A continuación se enunciarán las principales características realizadas sobre cada tipo de indicadores y las señales de progreso.

1.2.2.1. Indicadores estructurales

Hunt⁵ refiere que estos indicadores se ocupan de conocer si existen o no estructuras y mecanismos fundamentales necesarios para la realización del derecho en cuestión o conducentes a ello.

En el documento Indicadores de Derechos Humanos, la ONU¹⁴ expresa que los indicadores estructurales ayudan a captar la aceptación, la intención y el compromiso del Estado para aplicar medidas conformes con sus obligaciones de derechos humanos. Así, no sólo evalúan si el Estado ha ratificado un tratado de derechos humanos, sino su compromiso con la aplicación de las normas que ha aceptado.

Es decir, que estos indicadores deben centrarse en la naturaleza de la legislación interna en relación con determinado derecho, es decir, si incorpora las normas internacionales requeridas, y en los mecanismos institucionales que promueven y protegen esas normas. También deben tener en cuenta el marco de políticas y las estrategias del Estado aplicables a ese derecho, ya que son particularmente importantes para promover la aplicación de los derechos humanos.

En consecuencia, es importante que en la definición de indicadores estructurales para distintos derechos, se intente destacar la necesidad de contar con declaraciones de política específica sobre cuestiones de pertinencia directa para la aplicación de esos derechos humanos, puesto que dichas declaraciones son una forma de traducir las obligaciones de un Estado en un programa de acción aplicable que contribuya a la realización de los derechos humanos.

Asimismo la ONU²⁸ agrega que algunos indicadores estructurales pueden ser comunes a todos los derechos humanos y otros pueden ser más pertinentes para determinados derechos e incluso para un atributo particular de los mismos.

En diversos documentos de la OEA, la CIDH³ y el Grupo de Trabajo⁴ exponen que los indicadores estructurales buscan medir qué medidas dispone el Estado para implementar los derechos, relevando información para evaluar cómo se organiza el aparato institucional y el sistema legal del Estado para cumplir con sus obligaciones. Es decir, si existen o se han adoptado medidas, normas jurídicas, estrategias, planes, programas o políticas, o se han creado agencias públicas, destinadas a implementar esos derechos. Si bien los indicadores estructurales indagan simplemente sobre la existencia o inexistencia de las medidas, podrían en ocasiones incluir información relevante para entender también algunas de sus

características principales (si las normas son o no operativas, o indagar sobre la jerarquía de una agencia o institución pública o su competencia funcional).

Desde otros aportes metodológicos este tipo de indicadores se denominan indicadores de estructura, apuntado a medir aspectos esencialmente semejantes a los desarrollados en este punto. No obstante, como ya fue mencionado, para esta investigación se tomará la nominación adoptada por la OEA y la ONU.

1.2.2.2. Indicadores de proceso

De acuerdo con la ONU¹⁴, los indicadores de proceso miden los esfuerzos que está realizando el Estado para transformar sus compromisos en materia de derechos humanos, en resultados deseados. A través de los mismos se evalúa de manera continua las políticas y medidas específicas adoptadas para la aplicación de sus responsabilidades. Al mismo tiempo, esos indicadores ayudan a vigilar directamente el cumplimiento progresivo de un derecho o el proceso de protección del derecho.

En el documento Indicadores de Derechos Humanos¹⁴, se expresa “un indicador de proceso vincula las medidas de política del Estado con hitos que a lo largo del tiempo puedan consolidar y dar lugar a los resultados de derechos humanos deseados. Al definir los indicadores de proceso en función de una `relación causa-efecto` implícita y como `paso intermedio supervisable` entre el compromiso y los resultados, puede evaluarse mejor la rendición de cuentas del Estado respecto de sus obligaciones de derechos humanos”.

Asimismo se mencionan dos consideraciones importantes en la selección y formulación de indicadores de proceso. La primera es asegurar que un indicador de proceso vincule un indicador estructural a su indicador de resultado correspondiente, mediante una relación conceptual o una relación empírica.

La segunda es la manifestación explícita de alguna medida del esfuerzo que está haciendo el garante de derechos en el cumplimiento de sus obligaciones.

Concretamente, según Hunt⁵, refiere que los indicadores de proceso miden los programas, las actividades y las intervenciones.

En este mismo sentido, los materiales de la OEA^{3,4} expresan que estos indicadores buscan medir la calidad y magnitud de los esfuerzos del Estado para implementar los derechos; es decir apunta a la medición del alcance, la cobertura

y el contenido de las estrategias, planes, programas, o políticas u otras actividades e intervenciones específicas encaminadas al logro de metas que corresponden a la realización de un determinado derecho. Asimismo estos aspectos deben reflejarse en las distintas estructuras e instancia al interior del Estado.

1.2.2.3. Indicadores de resultados

De acuerdo con lo descrito por la ONU^{14,28}, los indicadores de resultados ayudan a evaluar los efectos de los esfuerzos del Estado en la promoción del disfrute de los derechos humanos. En otras palabras, captan los logros individuales y colectivos que reflejan el estado de disfrute de los derechos humanos en determinado contexto.

Estos indicadores consolidan, a lo largo del tiempo, el impacto de diversos procesos subyacentes, captados por los indicadores de proceso. Dado que el tiempo consolida estos efectos, un indicador de resultados suele ser un indicador lento, menos sensible para reflejar los cambios momentáneos que un indicador de proceso. “Un enfoque uniforme ayuda a diferenciar los indicadores de proceso de los indicadores de resultados, de modo que la aplicación de los derechos humanos pueda captarse cabalmente en sus distintas facetas”¹⁴.

Por lo tanto, es fundamental que se defina para cada atributo de un derecho, al menos un indicador de resultados que pueda relacionarse estrechamente con el disfrute de ese derecho o atributo.

Por su parte, para la OEA^{3,4}, los indicadores de resultado buscan medir el impacto real de las estrategias, programas, intervenciones del Estado. Proveen una medida cuantitativamente comprobable y comparable de la performance del Estado en materia de realización progresiva de los derechos.

Constituyen un indicio de cómo impactan esas acciones públicas sobre aquellos aspectos que definen el grado de efectividad de un derecho.

Del mismo modo, una mejora en estos indicadores puede ser un indicio de la adecuación de las medidas adoptadas y de mejoras progresivas hacia la plena efectividad de los derechos. Sin embargo, para formarse un juicio definitivo al respecto, es necesario revisar concretamente las medidas adoptadas a través de los indicadores de proceso; ya que el retroceso de los indicadores de resultados

puede deberse a circunstancias no atribuibles a la acción del Estado, mientras que su mejora puede deberse a razones fortuitas.

Siguiendo a Sandoval Terán¹¹, este tipo de indicadores miden los resultados de las políticas y reflejan los logros que indican el estado de realización de un derecho humano. Son indicadores que revelan hechos y expresan múltiples procesos interconectados que determinan un resultado.

En el campo específico del derecho a la salud, Hunt⁵ refiere que los indicadores de resultados miden las repercusiones de los programas, las actividades y las intervenciones sobre la situación sanitaria y cuestiones conexas.

1.2.2.4. Señales de progreso cualitativas

Las dimensiones cualitativas se incorporan en el modelo propuesto con el fin de profundizar la descripción e interpretación de la información. De este modo, el propósito de las señales de progreso consiste en hacer un seguimiento de los logros que contribuyen a obtener el objetivo deseado, con relación al goce y ejercicio de derechos económicos, sociales y culturales⁴.

Las mismas, “se caracterizan porque no parten de una categoría preestablecida, como tampoco de una escala de medición ya dada (estadística), sino que captan la definición de la situación que efectúa el propio actor social y el significado que éste le otorga al fenómeno evaluado, interpretación que resulta clave para poder explicar los hechos. Las señales de progreso representan dimensiones cualitativas que reflejan la progresión en los cambios hasta el alcance deseado del objetivo. Si éste ha sido establecido en consideración a posibilidades reales, las señales de progreso podrían interpretarse mejor en niveles de plazos o períodos secuenciales de tiempo: corto, medio y largo plazo, aunque este no es un requisito excluyente”⁴.

1.2.3. Categorías Conceptuales

Retomando el modelo desarrollado por la OEA en relación específicamente a las categorías conceptuales, se establece que las mismas responden a los distintos aspectos en los cuales se refleja el avance en la garantía y la protección de los derechos²⁷.

A fin de mejorar la posibilidad de análisis y organizar de manera más ajustada la información relevada, se definieron tres categorías: recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario.

A continuación se presentan los desarrollos realizados sobre dichas categorías en diversos documentos de la OEA.

1.2.3.1. Recepción del derecho

Esta categoría conceptual está relacionada a la forma en que un derecho se encuentra incorporado en el sistema legal, en el aparato institucional y en las políticas públicas.

De esta forma, se apunta a relevar información sobre la forma en que un derecho se incorpora en el sistema normativo doméstico y en las prácticas.

Con relación a estos aspectos, se trata de conocer las normas que reconocen un determinado derecho, así como la operatividad y la jerarquía normativa de las mismas. Esta información es importante ya que un derecho puede ser reconocido en la Constitución, en las leyes, en la jurisprudencia o en los programas o prácticas de gobierno^{3,4}.

Relacionado a este plano, también “se procura obtener información sobre el alcance de ese reconocimiento, esto es el grado de precisión con que se definen las obligaciones básicas del Estado o los estándares mínimos exigibles, al mismo tiempo que se solicita la indicación de quiénes son los titulares individuales o colectivos de ese derecho y las condiciones para su ejercicio”⁴.

Otro elemento a ser considerado son las garantías o vías de reclamo administrativas y/o judiciales disponibles, en caso de incumplimiento de las obligaciones, como también la jurisprudencia relevante en este sentido.

Con respecto particularmente a la información que debiera contener cada tipo de indicadores, se hace referencia que los indicadores estructurales apuntan a la incorporación de los principales contenidos y obligaciones del derecho en la Constitución y legislación del país y en la estructura institucional del Estado²⁷.

Los indicadores de proceso reflejan el grado y la forma en que la perspectiva de derechos humanos y las obligaciones generales en relación con el derecho en cuestión, han sido incorporadas en la política pública y el accionar de las distintas ramas del estado²⁷.

Los indicadores de resultados refieren al estado actual con relación a la garantía de los principales componentes del derecho²⁷.

1.2.3.2. Capacidades estatales

La inclusión de las Capacidades Estatales como categoría dentro del conjunto de indicadores, tiene como objetivo reconocer aspectos centrales que den cuenta de la materialización de la voluntad política de los Estados.

Al mismo tiempo, se trata de verificar si están dadas las condiciones efectivas para implementar, a través de políticas públicas, una perspectiva de derechos en el marco de la estructura estatal.

Por otro lado, se tiene como propósito evaluar con mayor complejidad los problemas que enfrenta el Estado para cumplir las obligaciones, identificando los problemas que refieren a la toma de decisión política, y su diferenciación de los problemas relativos a la gestión pública^{3,4}.

Tomando los aportes desarrollados por Burijovich y Pautassi²⁹, la CIDH³ describe los principales aspectos del concepto de Capacidades Estatales, los cuales son retomados por el Grupo de Trabajo de la OEA⁴.

Para estas autoras representan un aspecto técnico instrumental y de distribución de recursos de poder al interior del aparato estatal.

De este modo, “implica revisar de qué manera y bajo que parámetros el Estado (y sus diversos poderes y reparticiones) resuelven el conjunto de cuestiones socialmente problematizadas. Particularmente cómo definen sus metas y estrategias de desarrollo; y bajo qué parámetros se inscribe el proceso de implementación de los derechos contenidos en el Protocolo. Implica analizar las reglas de juego al interior del aparato estatal, las relaciones interinstitucionales, la

división de tareas, la capacidad financiera y las habilidades del recurso humano que tiene que llevar adelante las tareas definidas”^{3, 29}.

Asimismo, se busca también captar información que dé cuenta de la accesibilidad de los servicios y programas sociales.

Relacionado a este aspecto, se pretende que los indicadores de esta categoría reflejen la fragmentación entre los distintos niveles de la administración del Estado y entre los diferentes servicios sociales. Este componente cobra relevancia dado que la provisión de bienes y servicios vinculados a derechos sociales, en general resulta implementada por diferentes niveles de gobierno. Si bien los procesos de descentralización de las políticas y servicios sociales pueden permitir mayor adaptación a las realidades y necesidades regionales o locales, suelen adolecer diversos problemas de coordinación.

Entre los principales problemas de fragmentación en relación con la salud y otros campos de derechos sociales, tomando lo desarrollado por el Comité para la cohesión social en Europa, la CIDH³ menciona: falta de coordinación entre las diferentes esferas políticas; insuficiente información acerca de las responsabilidades y de las funciones de los niveles federal, regional y local; insuficiente autonomía permitida a los niveles locales en el uso de recursos y en la participación en los procesos de decisión, implementación y movilización de los mismos; insuficiente monitoreo e implementación de políticas por el nivel nacional con el fin de asegurar equidad en la provisión en todo el país.

Relacionado con esta última deficiencia, se incluye como un aspecto relevante para evaluar dentro de las Capacidades Estatales, la existencia de organismos de control, monitoreo y evaluación de los programas y servicios sociales dentro de la estructura estatal.

En el informe elaborado por el Grupo de Trabajo de la OEA⁴, retomando lo analizado por Grindle, se identifican cuatro tipos de capacidades estatales:

- Capacidad administrativa: habilidad de los Estados para llevar adelante la entrega de bienes y servicios.
- Capacidad técnica: habilidad de los Estados para analizar e implementar políticas económicas y sociales que satisfagan los derechos económicos, sociales y culturales.
- Capacidad política: habilidad de los Estados para responder a demandas sociales, permitir la canalización de los intereses sociales, incorporando la participación ciudadana en la toma de decisiones y la resolución de conflictos.

- Capacidad institucional: habilidad de los Estados para sentar y fortalecer las reglas que gobiernan la interacción política y económica.

Tomando en consideración la información sobre esta categoría, asociada a los indicadores estructurales, se establece que los mismos refieren a todas las características de la estructura institucional del Estado que definen las posibilidades de poner en marcha acciones de distinta índole para avanzar en la garantía del derecho²⁷. De este modo, uno de los aspectos que estos indicadores pueden reflejar es la existencia de agencias específicas dentro del Estado destinadas a la protección o implementación de un determinado derecho, como así también sus competencias y funciones^{3,4}.

Los indicadores de proceso están relacionados a la calidad, estado, magnitud y características de los esfuerzos que las distintas ramas del Estado han emprendido en el ámbito de las políticas relacionadas con el derecho y que pueden contribuir a ampliar progresivamente su garantía²⁷.

Con relación a los indicadores de resultado, se procura que evalúen el estado de avance en el goce efectivo de los derechos, en los componentes de los resultados sobre los que el Estado tiene una importante capacidad de influencias; de esta manera, estos aspectos están estrechamente relacionados con las políticas públicas que el Estado adopta²⁷.

1.2.3.3. Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios

Con esta categoría se apunta a identificar, con el mayor grado de precisión posible, las responsabilidades financieras del Estado.

El contexto financiero básico alude a la disponibilidad efectiva de recursos del Estado para ejecutar el gasto público social. Asimismo se apunta a conocer la manera en que el mismo se distribuye; este aspecto puede ser medido de la manera usual, es decir por el porcentaje del producto bruto interno para cada sector social, o por algún otro mecanismo.

Asociado a este componente, se incorporan dentro de la misma categoría a los compromisos presupuestarios. A través del mismo se intenta evaluar la importancia que el Estado le asigna al derecho en cuestión, actuando en forma complementaria a la medición de capacidades estatales^{3,4}.

Al relacionar la información comprendida en esta categoría con la tipología de los indicadores, se menciona que los indicadores estructurales refieren “a las disposiciones constitucionales y legales que condicionan el nivel de recursos financieros, materiales y técnicos y de otra índole que deben ser invertidos, y que efectivamente son asignados, para la garantía del derecho”²⁷.

Con respecto a los indicadores de proceso, los mismos están relacionados a los procesos en virtud de los cuales los recursos asignados desde distintas fuentes para la garantía del derecho, son utilizados en la implementación de políticas públicas que contribuyen con la garantía del derecho. Al mismo tiempo se explica que estos indicadores se orientan a medir la aceptabilidad, pertinencia, adaptabilidad y eficacia de los procesos.

Por último, los indicadores de resultado refieren “a la forma como las decisiones y las capacidades financieras de las personas y las variables del contexto relevante para el goce efectivo de los derechos se transforman por las decisiones del Estado sobre el nivel de recursos para invertir sobre su protección y la manera en que estos recursos se utilizan”²⁷.

1.2.4. Salud Mental y Derechos Humanos

Refieren Ase y Burijovich³¹ que “el punto de partida para la tarea de construcción de indicadores en materia de derechos humanos es el conocimiento y la comprensión del significado y el contenido esencial de cada derecho y del alcance de las obligaciones del Estado respectivas a partir del derecho internacional de los derechos humanos. Este conocimiento es básico para poder identificar, elegir o llegar a construir indicadores que den cuenta de ciertos aspectos de la realización de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC).”

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁶, el derecho a la salud está incluido en numerosos documentos internacionales, entre ellos, en la Observación General N° 14 de las Observaciones Generales del Comité de derechos económicos, sociales y culturales de las Naciones Unidas³², basada en el Art. 12 del Pacto Internacional de derechos económico, sociales y culturales¹.

En estos documentos se manifiesta que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. De acuerdo con esta concepción, el derecho a la salud no se limita al derecho a la atención de la salud, sino que "abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano"³².

De esta manera, el Comité establece que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos, que depende de esos derechos y que los mismos abordan los componentes integrales del derecho a la salud³². Retomando los términos expresados en la Carta de Brasilia, tanto los determinantes de la salud como el derecho a la salud son indivisibles e interdependientes.

Si bien las dimensiones sociales de la salud son reconocidas desde la Constitución de la OMS (1948) y también estuvieron presentes como marco de la acción intersectorial priorizada en la atención primaria de salud integral (1978), esta perspectiva cobró un importante impulso en la década de los `90 y principios de los 2000, con el objetivo de reducir las inequidades en materia de salud provocadas o profundizadas por políticas neoliberales implementadas fundamentalmente a partir de los años `80.³⁰

De acuerdo con lo analizado por la Comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS, "la reducción del papel del Estado y la desregulación de los mercados exigidos por el modelo de desarrollo neoliberal creó condiciones probablemente poco propicias para la acción sistemática de mejorar la salud mediante la intervención sobre los determinantes sociales"³⁰.

De acuerdo con la visión de la Comisión, "la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de

experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país³⁰.

Con relación específicamente al campo de la salud mental, también se fue planteando cada vez con más predominancia la necesidad de profundizar el análisis y las intervenciones desde una concepción integral del ser humano y desde la interrelación de las dimensiones eco-ambiental, psicosocial y sociocultural, considerando, de este modo, los determinantes de la salud mental: sociales, demográficos, de modos de vida, del medio ambiente, de recursos y sistemas de salud¹⁰.

Por otro lado, diversos estudios epidemiológicos publicados por la OPS/OMS³³ demuestran cómo se ha ido instalando la preocupación por problemas específicos del área, al tiempo que evidencian la progresiva aparición de nuevas problemáticas y el aumento continuo de la prevalencia de padecimientos mentales.

Sin embargo, las políticas sanitarias no han acompañado y no se han mostrado acordes a las necesidades técnicas y estratégicas para abordar la compleja y grave situación que los estudios han ido revelando, ni tampoco han abarcado la diversidad de determinantes de la salud mental, al tiempo que han continuado vulnerando los derechos de las personas.

Un primer documento relacionado a la temática y a los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, lo representa la Declaración de Luxor sobre los derechos humanos para los enfermos mentales (1989)³⁴, a través de la cual profesionales del área agrupados en la Federación Mundial de la Salud Mental, manifestaron su compromiso con los derechos humanos; en la misma además de expresar que estas personas deben gozar de idénticos derechos que el resto de los ciudadanos, definen derechos particulares para grupos vulnerables y personas expuestas a la enfermedad o trastorno mental o emocional.

Considerando los principales informes de la OMS/OPS, se ubica la Conferencia sobre la Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILOS)³⁵, llevada a cabo en Noviembre de 1990,

en la ciudad de Caracas. De este evento surgió la Declaración de Caracas en la cual se apuntó a la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico, haciendo hincapié en que la atención debía ser reemplazada por una prestación de servicios basada en la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de las redes sociales del enfermo, salvaguardando la dignidad personal y los derechos humanos y civiles del mismo. En el año 1991 se firmó un importante documento que las Naciones Unidas elaboró sobre salud mental, Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental³⁶. En dicho informe se plantean los derechos de las personas con padecimiento mental; además de incorporar derechos generales, incluye otros referidos a aspectos más específicos relacionados con el tratamiento, libertades y decisiones, y acceso a la justicia.

En el año 2001, la OMS dedicó su informe anual a la temática de salud mental. En el Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas³⁷, dentro de numerosos aspectos relevantes, se refiere a la necesidad de implementar acciones preventivas y tratamientos adecuados, así como políticas tendientes a eliminar la discriminación y estigmatización de las personas con padecimiento mental.

Entre otros documentos internacionales que aportan a la temática de los derechos de las personas con padecimiento mental y a las políticas del sector, pueden mencionarse^{9,10}:

- Diez principios básicos de las normas para la atención en salud mental. OMS, 1995³⁸.
- Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. OEA, 1999³⁹.
- Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental. CIDH, 2001⁴⁰.
- Declaración de Montreal sobre la discapacidad mental. OMS/OPS, 2004⁴¹.
- Principios de Brasilia. Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. OMS/OPS, 2005⁴².
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. ONU, 2006⁴³.

- MpGAP. Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. OMS, 2008⁴⁴.
- Estrategia y plan de acción sobre salud mental. OPS/OMS, 2009⁴⁵.
- Consenso de Panamá³³. OPS/OMS, 2010⁴⁶.

Específicamente dentro del contexto argentino, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) ha publicado una serie de informes en los cuales describe diversos aspectos de la situación de la salud mental en el país. En el año 2007 presentó la investigación *Vidas Arrasadas*. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental⁴⁷. En este informe se muestra de manera rotunda las graves violaciones a los derechos humanos de las que son víctimas las personas con padecimiento mental en los hospitales psiquiátricos. Además de otorgar datos claros sobre la magnitud de estas situaciones, evidencia que estas detenciones arbitrarias provocan también muertes no investigadas, privación de la libertad en celdas de aislamiento, abusos físicos y sexuales, falta de atención médica, condiciones insalubres de alojamiento, ausencia de rehabilitación, tratamientos inadecuados y sobrepoblación, entre otras.

En el año 2010 se sancionaron la Ley Nacional N° 26657⁶ y la Ley de la Provincia de Córdoba N° 9848⁷ de Salud Mental, saldando así una deuda por la cual, fruto de la convicción y persistencia de movimientos de trabajadores del área, usuarios y familiares, se estuvo luchando, con altibajos, desde hace varias décadas.

Ambos marcos normativos garantizan los derechos humanos de las personas con padecimiento mental reconocidos en los instrumentos internacionales y brindan los lineamientos para la transformación en los sistemas de atención a los problemas de salud mental de la población. A su vez exponen un marco adecuado a la política pública en la materia, teniendo entre sus ejes la desmanicomialización y la integración del paciente a la comunidad.

Al respecto el CELS expresa que “la sanción de una ley de salud mental en clave de derechos humanos permite no sólo cumplir con los compromisos internacionales en la materia, sino también proteger a un sector vulnerable de la ciudadanía y habilitar, por medio de la recuperación de su capacidad jurídica, la posibilidad del pleno ejercicio de sus derechos, para allanar el camino hacia su

inclusión social (...) y constituyó un primer avance, al establecer un piso mínimo de derechos fundamentales, cuya garantía está a cargo del Estado”⁴⁸.

Estas leyes garantizan a los usuarios de los servicios de salud mental, los mismos derechos que el conjunto de los ciudadanos de nuestro país, tendiendo a la eliminación de cualquier tipo de discriminación.

La Ley Nacional de Salud Mental, en su artículo 7º establece los derechos de las personas con padecimiento mental que el Estado debe reconocer:

- 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 éste 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 comercializados⁶.

Por su parte, en el Art. N° 3 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 persona⁶.

De manera congruente con este concepto, la ley no hace mención a la enfermedad mental, sino que se refiere a personas con padecimiento mental.

En el Plan Nacional de Salud Mental⁴⁹ se analizan estos aspectos y se los compara con el supuesto ideológico de lógicas manicomiales sostenido desde la psiquiatría de, donde se separa como objeto ficticio a la enfermedad de la integralidad de las personas y del tejido histórico-social en el que surgieron sus problemas.

Al respecto se expresa: “Sobre aquella separación, convertida en observación ‘natural’ por el orden médico ligado a los poderes culturales dominantes, se construyó un conjunto de dispositivos y aparatos ideológicos, científicos, legislativos y administrativos, todos referidos a la ‘enfermedad mental’. Estas son, justamente, institucionalizaciones culturales que abarcan mucho más que la existencia misma de los manicomios. Entre ellas, tiene un lugar privilegiado la cultura de acallar y/o hacer desaparecer los síntomas y/o encerrar a las personas que los portan, más que entenderlos como pedidos de ayuda, buscando las causas más allá de la caracterización de anormalidad o alienación personal, o en la biología o en los prejuicios.

Cuando en las formulaciones políticas de Salud Mental se habla de desinstitucionalización se hace referencia a la tarea de deconstruir esas producciones institucionales existentes y constitutivas de los imaginarios culturales compartidos. Producciones que van más allá de los manicomios reales, pero encuentran en sus lógicas derivadas su fuente y su consistencia. Deconstrucción que coincide con la creación y sostenimiento de experiencias alternativas, que se van convirtiendo en dispositivos e instituciones nuevas y, aun así, en constante transformación⁴⁹.

De esta forma, los nuevos marcos normativos enmarcados en el enfoque de los derechos humanos, impulsan profundos cambios en los servicios y efectores de salud mental, tanto del ámbito público como privado.

Resulta entonces necesario retomar uno de los propósitos del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba, el de monitorear la transformación de los servicios de salud mental. Al decir de la Regis⁵⁰, para el logro de este objetivo, es necesario partir de los siguientes interrogantes: ¿a través de qué indicadores medir, evaluar y monitorear si la producción de los servicios de salud mental se llevan adelante desde la perspectiva del enfoque de derechos sancionada en ambas leyes?; ¿cuáles son los indicadores que la ciudadanía debe reclamar a los fines de monitorear el cumplimiento de dichos compromisos?; ¿cómo utilizar esta información con el propósito de incidir en la agenda, el financiamiento, el desempeño y los resultados de la política de salud mental, teniendo a la vista el ejercicio o ampliación de los derechos de ciudadanía?

1.3. Antecedentes

A continuación se describen antecedentes con relación a estudios e investigaciones específicas de construcción de indicadores de derechos humanos, así como aquellos que incluyen recopilación de información sobre salud mental desde el enfoque de derechos:

- **Los derechos económicos, sociales y culturales. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt. ONU. 2006⁵.** Este documento está dedicado específicamente al derecho a la salud, definiendo los alcances del mismo. Por un lado, explica que el derecho a la salud puede entenderse como un derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención de la salud y sus determinantes subyacentes, que responda a las prioridades nacionales y locales, y que sea accesible para todos. Por otro lado, establece un enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos, como forma de medir y supervisar la realización progresiva del derecho a la salud, recomendado a los Estados, ONG y grupos de sociedad civil a adoptar las categorías de indicadores estructurales, de proceso y de resultados en la formulación de este tipo de indicadores. Asimismo incluye un cuadro con el enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos aplicados a la estrategia de salud reproductiva.
- **Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de instrumentos internacionales de derechos humanos. ONU, 2006²⁸.** En el documento se aclara la noción de indicadores de derechos humanos y se señala la lógica de utilizar indicadores cuantitativos en la vigilancia del cumplimiento de los tratados internacionales de derechos humanos. También se esboza un marco conceptual y metodológico para definir indicadores. El trabajo comprende cuadros con listas de indicadores ilustrativos para cuatro derechos humanos seleccionados, a saber, el derecho a la vida, el derecho a revisión judicial de la detención, el derecho a una alimentación adecuada y el derecho a la salud. Sobre la base de las conclusiones y recomendaciones realizadas a través de la metodología de consultas de expertos, reúne algunas cuestiones y observaciones que pueden resultar pertinentes para determinar un posible seguimiento de esta labor.

- **Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Mental Disability Rights Internacional (MDRI). 2007⁴⁷.** Este informe presenta los resultados de una investigación realizada durante los años 2004, 2005, 2006 y 2007 en la ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Santiago del Estero, Río Negro y San Luis. La información se recabó a través de visitas a instituciones para personas con discapacidades psiquiátricas e intelectuales, reuniones con funcionarios gubernamentales, representantes de grupos no gubernamentales, trabajadores, personas institucionalizadas y sus familiares, revisión de historias clínicas y observación directa. Organiza la información recolectada en diferentes aspectos relacionados a los servicios de salud de Argentina, institucionalización inapropiada, condiciones inadecuadas y abusos en las instituciones, detención arbitraria en instituciones psiquiátricas, insuficiente supervisión y monitoreo de los derechos humanos de las personas institucionalizadas, la reforma de salud mental y el derecho a conocer y defender los propios derechos.

- **Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OEA, 2008³.** En este trabajo se propone la versión definitiva de un modelo de indicadores que pudiera ser utilizado en un doble sentido. Por un lado, como una herramienta para la supervisión internacional del cumplimiento del Protocolo de San Salvador. Por otro lado, como un instrumento para que cada Estado realice un diagnóstico de la situación de los derechos del Protocolo, determine los temas y las agendas pendientes y formule estrategias para satisfacer progresivamente el programa de derechos del Protocolo. La propuesta metodológica consiste en la definición de tres tipos de indicadores cuantitativos y señales de progreso cualitativas: estructurales, de procesos y de resultados. También se enuncian las tres categorías analíticas para ordenar la información relevante: recepción del derecho, capacidades estatales, contexto financiero y compromiso presupuestario. Asimismo se desarrollan los tres temas transversales: igualdad, acceso a la justicia, y acceso a la información y a la participación. Tomando como referencia diversas fuentes, el trabajo de relatores

especiales y expertos independientes, los lineamientos propuestos se aplican y ejemplifican, en relación con el derecho a la seguridad social y el derecho a la salud.

- **Derechos humanos en Argentina. Informe 2009⁵¹ y 2012⁴⁸. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS).** En el informe del año 2009, en el capítulo “El derecho de defensa y el acceso a la justicia de las personas usuarias de los servicios de salud mental”, se analiza información diversa relacionada con los procesos judiciales, la normativa tutelar, la doctrina generada por la Corte Suprema de la Justicia de la Nación y el papel que deberían cumplir los organismos de control y defensa. Entre las conclusiones se destaca que las normas argentinas no garantizan de manera adecuada el reconocimiento de la personalidad jurídica de las personas con discapacidad en procedimientos de internación involuntaria o interdicción, por lo que deberán adecuarse a los nuevos estándares internacionales sobre derechos humanos y salud mental, y en particular al nuevo modelo social de la discapacidad que impone con carácter vinculante la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad⁴³.

El informe del año 2012 dedica el capítulo sobre "Las personas con discapacidad psicosocial: del estigma y el encierro hacia la inclusión social plena"⁴⁸. Utiliza información del poder judicial en relación los expedientes referentes a cuestiones de salud mental, incluidas las restricciones de la capacidad jurídica y las internaciones involuntarias y forzosas. También se incluye estadísticas de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, datos con los cuales realizan una evaluación en la que resaltan situaciones del campo de la salud mental nacional a partir de la sanción de la Ley 26.657. Se resaltan desafíos a seguir construyendo a partir del proceso de reglamentación de la ley, insistiendo en la importancia de la participación ciudadana y el acceso a la información.

- **Instrumento de evaluación para los sistemas de salud mental. IESM-OMS. OMS, 2011⁵².** Se describen los resultados de la evaluación de los sistemas de salud mental realizada en 10 provincias de Argentina durante el año 2009: Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Río Negro, Salta, San Juan, Tierra del Fuego y Tucumán. La misma fue llevada a cabo a través Assessment

Instrument for Mental Health Systems. WHO-AIMS. WHO, 2005. Esta herramienta fue desarrollada para recopilar la información y evaluar componentes claves del sistema de salud mental de un país o región, identificar las principales debilidades y proporcionar información esencial para fortalecer los mismos. Las diez recomendaciones del Informe de Salud Mundial 2001³⁷, sirvieron de base para el IESM-OMS. Para cada recomendación, formuladas en forma de 6 secciones, se generaron y agruparon los 156 ítems a través de 28 apartados. Expertos y puntos focales claves de países de escasos recursos proporcionaron aportes para garantizar la claridad, validez y viabilidad de los ítems. Entre los resultados encontrados, se destaca: - promediando las inversiones que las 10 provincias hacían en salud para el año 2007, el 3% correspondía a inversiones en salud mental y el 65% del mismo se gastaba en los hospitales psiquiátricos; - sólo cuatro provincias disponían de instituciones estatales dedicadas a la vigilancia y protección de los derechos humanos, pero carecían de autoridad para la aplicación de sanciones; - la mayoría de los psiquiatras y psicólogos se concentran en las grandes ciudades y en práctica privada; - la mayoría de los psiquiatras trabajaban en hospitales psiquiátricos y se capacitaban en los mismos; - el grado de desarrollo de las asociaciones de usuarios y familiares fue muy limitado en la mayoría de las provincias; - solo cuatro provincias tenían disposiciones legislativas y financieras para brindar apoyo a los usuarios en cuanto alojamiento/vivienda, pero no estaban implementadas o lo fueron de manera poco sistemática; - en la mayoría de las provincias argentinas no existía un plan de contingencia para desastres/emergencia. Asimismo en el informe se resalta que la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la Ley 26.657 son instrumentos concretos que permiten avizorar cambios profundos en el sistema de salud mental argentino de aplicarse de manera efectiva.

- Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. Propuesta elevada por el Grupo de Trabajo para el análisis de los informes nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador. OEA, 2012⁴. En este documento se reafirma la propuesta metodológica desarrollada en el antecedente anteriormente citado (Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales³) y se profundiza los fundamentos de los

diversos componentes del diseño: indicadores cuantitativos, señales de progreso cualitativas, categorías conceptuales y principios transversales. Este trabajo incorpora las observaciones recibidas a partir de haber sido expuesto a consulta de los Estados Parte, organizaciones técnicas especializadas de Naciones Unidas, de académicos y de organismos de derechos humanos y de la sociedad civil. Se aplica el modelo de indicadores de progreso para el primer agrupamiento de derechos: derecho a seguridad social, a la salud y a la educación.

- **Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. Propuesta del Grupo de Trabajo para el segundo agrupamiento de derechos. OEA, 2012²⁷.** En este documento, expuesto a consulta, se aplica el modelo de indicadores de progreso del derecho al trabajo, derechos sindicales, a la alimentación adecuada, al medio ambiente sano y a los beneficios de la cultura. También incluye un Anexo con relación a las esferas de acción a las que se asocian los distintos tipos de indicadores para cada una de las categorías conceptuales y los principios transversales de la metodología propuesta. Presenta a su vez ejemplos de la aplicación de este modelo para cada uno de los derechos del segundo agrupamiento.

- **Indicadores de derechos humanos. Guía para la aplicación y medición. ONU, 2012¹⁴.** En este trabajo se realizan conceptualizaciones de las características de los derechos humanos y del enfoque de derechos humanos. Se explora en diversos atributos y usos de los indicadores de derechos humanos. Presenta enfoques metodológicos para la elaboración de estos indicadores argumentando sobre la pertinencia e importancia en el proceso de selección de los mismos. Define estrategias para la elaboración de indicadores estructurales, de proceso y de resultado, al vez que incorpora ejemplos ilustrativos de cuadros de indicadores de derechos humanos sobre 14 derechos, incluido el derecho al más alto nivel posible de disfrute de la salud física y mental, el derecho a participar en los asuntos públicos y el derecho a la no discriminación y a la igualdad.

- **Reforma del sistema de salud mental en Río Negro / Ley 2440 de Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental de la Provincia de Río Negro. Argentina, 1991⁵³.** Dentro de este proceso sumamente amplio, tanto en el tiempo, como en sus elementos constitutivos y de sostenimiento de la experiencia, se destacan los ejes fundamentales del llamado proceso de desmanicomialización: el cierre del hospital psiquiátrico de la ciudad de Allen, la sanción de la Ley 2440, la organización de los servicios de salud mental en la comunidad y los recursos humanos. Asimismo se consideran particularmente los indicadores de avance del proceso de reforma: apertura de servicios basados en la comunidad, aumento de cobertura y acceso a los servicios, reconversión del hospital psiquiátrico en hospital general, redistribución del presupuesto para salud mental y recursos humanos hacia la red de servicios comunitarios, participación comunitaria, de usuarios y familiares en red con los servicios, participación creciente y diversa de recursos no convencionales, desarrollo de estrategias de atención primaria en salud mental, capacitación continua de recursos humanos, aumento de la satisfacción de usuarios y familiares, aumento y diversificación de prácticas y registro de indicadores comunitarios, aumento de estructuras de apoyo psicosocial, políticas y legislaciones de promoción y protección de personas con sufrimiento mental.

Por otra parte se considera la Ley 2440 de Promoción sanitaria y social de las personas que padece sufrimiento mental de la Provincia de Río Negro, ya que es el primer instrumento legal de este tipo en el país, siendo un antecedente de la Ley Nacional de Salud Mental. En ella se establece, entre otros aspectos, la prohibición de manicomios, la internación como último recurso terapéutico y dentro de los hospitales generales, la reinserción comunitaria, el mantenimiento de los vínculos del personas que padecen sufrimiento mental, el reconocimiento la promoción laboral y el trabajo como un derecho, el respeto por la identidad y dignidad de las personas con padecimiento mental, así como la conformación y funciones de los equipos terapéuticos y de promoción.

1.4. Objetivos

Esta investigación cuyo tema es la “Construcción de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Fase de recolección de información relativa a las categorías conceptuales: recepción del derecho, capacidades estatales, contexto financiero y compromiso presupuestario”, tuvo los siguientes objetivos:

1.4.1. Objetivo General

- Generar información para la construcción de una matriz de indicadores que permita monitorear y evaluar políticas públicas en salud mental desde un enfoque de derechos humanos, en acuerdo con la legislación vigente.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las dimensiones que comprenden las categorías conceptuales recepción del derecho, capacidades estatales, contexto financiero y compromiso presupuestario, a partir de las cuales se construirán los indicadores de salud mental desde un enfoque de derechos humanos.
- Organizar las dimensiones de cada una de las categorías conceptuales según señales de progreso y tipos de indicadores: estructura, proceso y resultados.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Diseño. Tipo de estudio

Esta investigación forma parte del Programa de Investigación "Construcción de una matriz de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Aportes al monitoreo y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud mental"; siendo un estudio de tipo instrumental que tiene como objetivo la construcción de un instrumento de evaluación que permita monitorear y evaluar políticas públicas en salud mental. León y Montero⁵⁴, consideran pertenecientes a esta categoría aquellos estudios encaminados al desarrollo de pruebas, incluyendo tanto el diseño como la adaptación de los mismos.

La presente investigación se planteó como componente (línea de investigación) de la primera fase del programa y apuntó a recoger información de tipo cualitativa de las dimensiones estudiadas -categorías conceptuales recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario-, permitiendo la delimitación de las subdimensiones y su operacionalización, a través de la formulación de indicadores.

A continuación se explicitan brevemente las fases del Programa de Investigación mencionado:

- Primera fase. Construcción propiamente dicha de la Matriz de Indicadores: abarcó la recolección, delimitación de información y la construcción de los indicadores de las dimensiones estudiadas en cada línea de investigación

- Lic. Diana Scorza: recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario
- Lic. Mariana Illanes Passera: acceso a la justicia, igualdad y no discriminación, y acceso a la información y participación

Se planteó que la conjunción de los resultados (subdimensiones e indicadores) de ambos estudios constituyeran la Matriz de Indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos, de acuerdo al modelo de la OEA.

- Segunda fase. Aplicabilidad de la Matriz de Indicadores: consiste en la adaptación de la matriz en función de la re-selección de los indicadores de acuerdo a la incorporación de la opinión de usuarios y familiares, de criterios

técnicos (factibilidad y economía) y definición de estrategias de recolección de información e identificación de bases de datos.

2.2. Participantes

Se trabajó con expertos en la temática investigada. Para la selección de los mismos se tuvo en cuenta la trayectoria de desempeño profesional, investigación, docencia, publicaciones y/o reconocimiento de pares, tanto con relación al enfoque de derecho y salud mental, como a las categorías conceptuales. Otro criterio de inclusión de los participantes fue la accesibilidad y la anticipada disponibilidad a ser entrevistados para este estudio. Siguiendo la recomendación de la bibliografía en este tipo de estudios, donde lo relevante es la saturación de las categorías investigadas, la cantidad de participantes se fue definiendo a medida que se avanzó en la recolección y análisis de los datos.

Expertos consultados (En Anexo 1 se incorpora Curriculum Vitae abreviado de los Expertos. Pag.127):

- Leonardo Gorbacz. Lic. en Psicología. Autor de la Ley Nacional N° 26657 de Salud Mental. Asesor de la Jefatura de Gabinete de Ministros del Gobierno de la Nación. Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA).
- Laura Pautassi. Abogada. Doctora en Derecho por la Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina. Experta Independiente del Grupo de Trabajo de la OEA para el Análisis de los informes nacionales previstos por el Protocolo de San Salvador.
- Iván Ase. Médico. Magíster en Administración Pública Provincial y Municipal Área de Especialización en Administración de Políticas de Salud del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Jefe de Sección Socio Laboral en el Centro de Rehabilitación Socio Laboral, de la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental del Ministerio de Salud de Córdoba, Argentina.
- Roxana Amendolaro. Lic. en Psicología. Integrante Delegación Río Negro en Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo

(INADI). Ex Coordinadora del Equipo Salud Mental en Centro de Estudios Legales y Sociales.

- Mariano Laufer Cabrera. Abogado. Coordinador de la Unidad de Letrados Art. 22 de la Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa. Ex Coordinador del Programa de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación.
- Natalia Monasterolo. Abogada. Doctoranda de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Miembro del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la ciudad de Córdoba.
- Malena Arriagada. Lic. en Psicología. Asesora Técnico-Profesional en Salud Mental y Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Carlos Herbón. Lic. en Psicología. Miembro del equipo técnico del Programa de Salud Mental y Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, Secretaria de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Integrante de la comisión directiva de la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina.
- Valeria Monópoli. Abogada. Asesora jurídica de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Integrante de la delegación argentina ante el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU) en ocasión de la presentación oral del primer informe país (2012).

2.3. Procedimiento

La recolección de la información se realizó a través de entrevistas semiestructuradas a expertos. A tal fin se elaboró un primer instrumento de consulta, que se fue reconstruyendo a medida que se fueron incorporando progresivamente las opiniones de cada uno de los participantes, siendo expuesto nuevamente a juicios de otros expertos.

Este instrumento fue previamente enviado por correo electrónico a los participantes. Toda vez que fue posible, la recolección de la información se llevó a cabo mediante entrevistas personales con el fin de priorizar la precisión de la información a través de la posibilidad de la repregunta y se solicitó autorización para la grabación de las mismas. Esta situación se logró con la mayoría de los expertos, ya que sólo con dos de ellos se realizó la consulta vía correo electrónico, debido a cuestiones geográficas (Dra. Pautassi y Lic. Amendolaro).

En todos los casos, se informó que no era posible garantizar la confidencialidad de los datos, ni el anonimato, siendo su aceptación otro criterio de selección de los participantes (ver Consideraciones Éticas).

Con relación a los participantes, algunos de ellos fueron recomendando a otros expertos. La Lic. Arriagada, sugirió y gestionó las consultas con el Lic. Herbón y la Dra. Monopolí; arbitrando los medios para que las opiniones vertidas en la presente investigación sean representativas y avaladas por la Dirección a la que pertenece este equipo. Asimismo, recomendó y colaboró en que se sustancie la entrevista con el Dr. Mariano Laufer Cabrera.

Tanto con la Lic. Arriagada, como con el Lic. Gorbacz, se realizaron dos entrevistas con el fin de profundizar y ampliar las opiniones de los mismos.

2.4. Recolección de datos

Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada a expertos, apuntando a obtener la opinión de los participantes sobre las subdimensiones e indicadores de las dimensiones: recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario.

A tal fin se elaboró un instrumento, el cual se constituyó como Matriz Inicial y fue utilizado como base para las primeras entrevistas a los expertos. Se fue recogiendo el juicio de los expertos presentándoles la totalidad de la matriz o algunas de sus dimensiones, según el campo de experticia de los mismos.

2.5. Análisis de datos

Si bien en la investigación cualitativa se produce un entrelazamiento de las operaciones de recolección de datos, codificación, análisis e interpretación de la información a lo largo de todo el proceso⁵⁵, a los fines de la descripción de este punto se presenta el plan de análisis de los datos realizado, de la siguiente manera:

- Elaboración de una Matriz Inicial:
 - Se profundizaron y precisaron las definiciones conceptuales de cada una de las dimensiones (categorías conceptuales) en función de los marcos conceptuales y el contenido normativo del derecho a la salud mental. Esto permitió identificar sus elementos esenciales y reconocer claramente sus componentes⁵⁶.
 - A partir de lo anterior, se realizó una descomposición analítica de cada dimensión en subdimensiones e indicadores⁵⁷ estructurales, de proceso y de resultado y señales de progreso, tomando como referencia los indicadores incluidos en las matrices elaboradas por el Grupo de Trabajo de la OEA⁴ con relación al derecho a la salud.
- Análisis de contenido de las entrevistas a los expertos: a partir de las opiniones recogidas de los expertos sobre la Matriz Inicial, se llevó a cabo un análisis de contenido de las mismas; en función de esta información se fue reconstruyendo la matriz con la incorporación progresiva de las opiniones de cada uno de los participantes. Esta nueva matriz fue expuesta sucesivamente a juicio de otros expertos. Este proceso se repitió hasta obtener la saturación de las categorías, es decir “hasta cuando el dato adicional que se recolecta no agrega información significativa a lo que ya se tiene”⁵⁵.

2.6. Consideraciones éticas

Atendiendo a los argumentos que León y Montero⁵⁸ hacen respecto de los participantes de una investigación, se solicitó que los mismos expresen su consentimiento de participar en el presente trabajo. Se explicitó que forma parte de un Programa de Investigación llevado a cabo en el marco Observatorio de

Salud Mental y Derechos Humanos de la ciudad de Córdoba. Se les dio a conocer el propósito del estudio y objetivo de la solicitud de colaboración. Se expresó la imposibilidad de garantizar la confidencialidad de la información brindada y el anonimato debido a que la pertinencia, significatividad y adecuación de la información obtenida está dada por la experticia del participante en el campo consultado, por lo que se requiere que la misma sea adjudicada a los autores respectivos. La autorización escrita de estos requisitos fue considerada como otro criterio de selección de los expertos. (En Anexo 2 se puede ver el modelo de Consentimiento Informado utilizado. Pag. 131)

3. RESULTADOS

En el presente apartado se presentarán los resultados obtenidos a lo largo de todo el proceso de investigación. Primeramente se describirá lo relativo a la elaboración de la Matriz Inicial, puntualizando particularmente en los materiales que sirvieron de base para la misma.

Luego se presentarán los datos organizados según las diferentes dimensiones estudiadas, partiendo desde la Matriz Inicial, siguiendo con el análisis de las opiniones de los expertos y el proceso de redefinición de los indicadores, hasta llegar al producto obtenido en la Matriz Final.

A los fines precisar las definiciones conceptuales de las dimensiones recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario y de realizar una primera identificación de las subdimensiones e indicadores de cada dimensión, se revisaron documentos internacionales de la OEA específicos a las categorías conceptuales mencionadas.

Asimismo se incluyeron materiales sobre indicadores de derechos humanos, metodología de construcción de los mismos e informes específicos sobre indicadores para la medición de los avances de los Estados en el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales.

Los documentos revisados para la elaboración de la Matriz Inicial, con los modelos de indicadores que los mismos incluyen, fueron los siguientes:

- Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el artículo 19 del Protocolo de San Salvador. OEA. 2005²⁶.
- Los derechos económicos, sociales y culturales. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Sr. Paul Hunt. ONU. 2006⁵.
- Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos. ONU. 2006²⁸.
- Construcción de indicadores en materia de derechos humanos económicos, sociales, culturales y ambientales. Documento base sobre el estado de la discusión a nivel mundial. Areli Sandoval Terán. Ciudad de México. 2007¹¹.
- Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales. OEA. CIDH. 2008³.

- Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. OEA. Grupo de Trabajo. 2012⁴.
- Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. Segundo agrupamiento de derechos. OEA. Grupo de Trabajo. 2012²⁷.
- Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y aplicación. ONU. 2012¹⁴.

Por otro lado, se tomó como referencia el contenido normativo del derecho a la salud mental a partir de:

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Diciembre de 2010⁶.
- Decreto Reglamentario 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Mayo de 2013¹².

Como se mencionó, en función de estos materiales, se definieron las subdimensiones e indicadores que componían la Matriz Inicial, puesta a consideración en las primeras consultas a expertos.

Con la intención de presentar con mayor claridad el análisis de los datos recogidos en las diferentes consulta a los expertos y el proceso de reelaboración de la Matriz de Indicadores, se organizarán los mismos de acuerdo a las tres dimensiones en estudio: recepción al derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario.

De esta manera, a continuación se irán describiendo para cada una de las dimensiones:

- La definición conceptual de las dimensiones
- Las subdimensiones incluidas y los expertos que participaron en la consulta a las mismas
- La presentación de la primera matriz sometida a consulta, es decir la Matriz Inicial
- El análisis de contenido de las entrevistas a los expertos según cada una de las subdimensiones, describiendo las sucesivas transformaciones de las mismas para ser sometida a nuevos juicios
- Las decisiones que se tomaron en función del análisis de las opiniones de la totalidad de los expertos, presentadas en formato de Matriz Final.

3.1. Dimensión: Recepción del Derecho

Si bien, de acuerdo con los documentos recopilados de la OEA, esta dimensión abarca cómo se recepta el derecho en el sistema legal, en el aparato institucional y en la política pública, a los fines de este trabajo, se tomó la decisión hacer hincapié en el primer aspecto. Es decir en procurar a través de la Matriz de Indicadores de relevar información sobre la forma en que el derecho a la salud mental se incorpora en el sistema normativo, estableciendo las normas que lo reconocen, la jerarquía de las mismas, así como el alcance de este reconocimiento, en el sentido del grado de precisión en que la legislación define las obligaciones básicas del Estado o los estándares mínimos exigibles con relación al derecho a la salud mental.

Esta decisión se fundamenta en que la política pública y el aparato institucional están extensamente incorporados en la dimensión capacidades estatales.

Con este fin, se definieron las siguientes subdimensiones:

- > Adhesión del Estado a documentos internacionales
- > Legislación nacional / provincial específica en derecho a la salud mental

Esta dimensión tuvo un proceso de construcción de cuatro etapas, en la que fue sometida a la opinión de expertos:

- ✓ Matriz Inicial:
 - Abogada Natalia Monasterolo
- ✓ Matriz II (incluida en Anexo 3. Pag 132):
 - Lic. Leonardo Gorbacz
 - Equipo de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad. Secretaría de Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Dirección.
Lic. Malena Arriagada
Lic. Carlos Herbón
Abogada Valeria Monópoli
 - Abogado Mariano Laufer Cabrera

- ✓ Matriz III (incluida en Anexo 3. Pag. 134):
 - Lic. Roxana Amendolaro
 - Dra. Laura Pautassi
- ✓ Matriz Final

A continuación se presenta la Matriz Inicial.

3.1.1. Recepción del Derecho. Matriz inicial

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Adhesión a Documentos Internacionales sobre el derecho a la salud mental. (Sobre DDHH, salud y salud mental)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuáles Argentina ya adhirió? • Cuáles debería adherirse? • Existencia de una agenda para estudiar ratificación de nuevos instrumentos 	<p>- Observaciones sobre los informes periódicos que el Estado ha presentado a los órganos de supervisión internacional que incluyan el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • A qué organismos? <p>- Contrainformes presentados por la sociedad civil a los órganos de supervisión de los tratados que incluyan el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quiénes podrían presentar estos informes? 	<p>- Observaciones sobre los informes presentados por parte de los órganos de supervisión internacional con relación al derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimientos de los avances en el derecho a la salud mental por parte de los órganos de supervisión internacional • Observaciones incorporadas en el sistema legal u otros aspectos (a partir de la información relacionada con las otras categorías y principios)
<p>- Legislación Nacional específica en el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenidos mínimos y obligaciones del derecho a la salud mental • Reglamentación? • Se adecúa a la letra de la Ley? <p>- Legislación Provincial específica en el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenidos mínimos y obligaciones del derecho a la salud mental • Reglamentación? • Se adecúa a la letra de la Ley? 		

3.1.2. Análisis de las Entrevistas a Expertos

La primera experta a la que se sometió a su juicio la Matriz Inicial fue la Dra. Monasterolo. Con la misma se mantuvo un intercambio extenso altamente provechoso, ya que no sólo dio su opinión a la consulta realizada sobre las subdimensiones e indicadores, sino que durante la entrevista fue brindando explicaciones sobre algunos aspectos específicos del ámbito del derecho, que permitieron una mayor comprensión de cuestiones ligadas a este campo disciplinar.

Esto a su vez colaboró en que se lograra formular de manera más precisa algunos de los indicadores correspondientes a la dimensión recepción del derecho, al tiempo que permitió un enriquecimiento del análisis del marco conceptual y de otras entrevistas a expertos en esta materia.

Subdimensión Adhesión del Estado a documentos internacionales: esta subdimensión fue incorporada ya que como refiere Sandoval Terán¹¹, en el plano internacional, los derechos humanos conforman un marco de normas o reglas en las que pueden basarse las políticas de los países y de las comunidades. La ratificación de los tratados internacionales de derechos humanos representa un compromiso y la buena disposición del Estado para proteger estos derechos. Si bien se trata de un compromiso formal como principio, la demanda de indicadores en este sentido proviene de la necesidad de integrar los derechos humanos en proyectos de desarrollos más amplios, que permitan hacer un seguimiento desde un enfoque basado en los derechos humanos.

Las opiniones de la Dra. Monasterolo fueron volcadas en la Matriz II; de los siguientes expertos, la única que dio opinión específica sobre esta subdimensión fue la Dra. Pautassi. De esta manera, lo referido por ambas profesionales será analizado en conjunto.

En la consulta con la Dra. Monasterolo, a la vez que se fue delimitando la denominación de esta subdimensión, se fue aportando con relación al conjunto de documentos internacionales a los que Argentina ya se ha adherido (el listado completo se detalla en el Anexo 4. Pag. 142).

También la Dra. Monasterolo remarcó la conveniencia de discriminar en estos documentos si poseen rango constitucional. Esto está señalado en el Art. 1 de la

Ley Nacional de Salud Mental y en los Considerandos de su Decreto Reglamentario; por lo que se siguió este señalamiento, identificando en el listado mencionado aquellos documentos internacionales con jerarquía constitucional, conforme al Art. 75, Inc. 22 de la Constitución Nacional.

En las consultas con la Dra. Monasterolo y la Dra. Pautassi se pudo obtener información relacionada a los Órganos de Supervisión Internacional. Los mismos fueron incorporados inicialmente dentro de los indicadores, ya que al tener mandatos de verificación de obligaciones de derechos humanos, los Estados Partes deben enviar informes periódicos, dentro de los cuales pueden abarcar temáticas del sector de salud mental.

Al mismo tiempo se fueron definiendo cuáles de los mecanismos de monitoreo de tratados de derechos humanos de la ONU y la OEA debieran tenerse en cuenta dentro de la matriz.

Dentro de la ONU, los órganos de tratados de derechos humanos son Comités de Expertos independientes que supervisan la aplicación de los tratados internacionales de derechos humanos asumidos por los Estados miembros. La Dra. Monasterolo consideró los siguientes:

- Comité de derechos humanos
- Comité de derechos, económicos, sociales y culturales
- Comité contra la tortura

Con relación a la OEA, además de los mecanismos propios de los órganos principales de protección de derechos humanos (Comisión Interamericana de Derechos Humanos y Corte Interamericana de Derechos Humanos), se han diseñado otros mecanismos de rendición de cuentas con el fin de analizar el progreso de cada Estado. La Dra. Pautassi indicó para esta dimensión de la matriz al:

- Grupo de Trabajo para el análisis de los informes nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador

Sobre la misma temática, a partir de la especificación que hizo la Dra. Monasterolo sobre lo que abarcan las observaciones de estos órganos (reconocimientos, preocupaciones y recomendaciones), se tomó la decisión de que los indicadores reflejen estas distinciones, discriminando las preocupaciones y recomendaciones por un lado, y los reconocimientos por otro.

Posteriormente la Dra. Pautassi aportó una mirada sobre estos aspectos vinculándolos a los tipos de indicadores, opinando que el indicador de progreso debería monitorear el grado de avance en la implementación de las preocupaciones y recomendaciones realizada por un determinado comité (aspecto que ya estaba incorporado en la matriz, pero como indicador de resultado). Siguiendo esta lógica, también se tomó la decisión de que los reconocimientos acerca de los progresos realizados por parte de estos órganos de supervisión internacional, podrían ser considerados como resultados de los esfuerzo del Estado en el cumplimiento en el derecho a la salud mental.

A su vez la Dra. Monasterolo propuso agregar otra subdimensión con relación al ámbito internacional: “Opiniones Consultivas de la Comisión Interamericana de DDHH y de la Corte Interamericana de DDHH”, argumentando que ambos organismos pueden dar opiniones, las cuales surgen a partir de requerimientos específicos realizados a los mismos. Al decir de la profesional “marcan senderos de interpretación de alguna situación conflictiva”. En esta misma línea de análisis, el indicador de resultado fue precisado por la Dra. Pautassi, quedando formulado como “Sentencias de la Corte Interamericana de DDHH sobre casos relativos a la salud mental y cumplimiento de las mismas”.

Subdimensión Legislación Nacional / Provincial específica en derecho a la salud mental: esta subdimensión es central dentro del sistema de indicadores desde el enfoque de derechos humanos. La literatura especializada define que es prioritario examinar los contenidos legislativos adoptados por los Estados, dado que dichos indicadores derivan de normas concretas, siendo el principal fundamento, vigilar el cumplimiento de las mismas^{3,4,5,11}.

De la consulta a la Dra. Monasterolo no surgieron modificaciones sustanciales con respecto a esta subdimensión, por lo que el análisis que se describe a continuación surge de las opiniones sobre las posteriores matrices.

La mayoría de los expertos acordaron en verificar particularmente los derechos de las personas con padecimiento mental que son reconocidos por las legislaciones, contemplados por el indicador de “contenidos mínimos y obligaciones del derecho a la salud mental”. En el caso de la Ley Nacional de Salud Mental, en el Art. 7 se detallan los mismos.

Por otro lado, en la entrevista con el Equipo de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, se plantearon discusiones relacionadas con esta segunda subdimensión, aspectos que también fueron trabajados con otros expertos.

Los miembros de este equipo expresaron la necesidad de definir desde qué estándares se estaba delineando la formulación de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos, introduciendo el debate acerca de si se lo realizaba desde la Ley Nacional de Salud Mental o desde la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad⁴³.

Esta Convención es considerada por este equipo como el instrumento que contiene los estándares más altos de protección. Los argumentos se relacionan principalmente en que la misma no admite las internaciones involuntarias, ni la restricción de las capacidades jurídicas; aspectos que sí están previstos en la Ley Nacional.

En este sentido, la Dra. Monópoli remarcó la necesidad de decidir si “se va a tomar lo que la comunidad internacional reconoce como estándares, o lo que el Estado Nacional toma como estándares internos”.

Dado los objetivos de esta investigación, se resolvió sostener la decisión de tomar como marco la Ley Nacional de Salud Mental. Los fundamentos se asientan por un lado, en que dicha normativa se basa expresamente en el paradigma de los derechos humanos y, por el otro, porque la Matriz de Indicadores es una construcción que apunta monitorear la política pública actual.

Asimismo, en las dos cuestiones mencionadas (internaciones involuntarias y capacidad jurídica), la Ley Nacional de Salud Mental da un paso importante en la protección de derechos.

Con respecto a las internaciones involuntarias, las mismas están claramente indicadas como el último recurso terapéutico, requiriendo de garantías tales como el diagnóstico interdisciplinario e integral del riesgo cierto e inminente, realizados por los equipos intervinientes en cada caso, el derecho de la persona a ser oído y dar su opinión, y la posibilidad de contar con defensas públicas gratuitas.

Al decir del Dr. Mariano Laufer Cabrera, “es la situación de mayor restricción de derechos antes que una vulneración (...) A la vez que se está protegiendo el derecho a la salud, se restringe otro de igual estatus de derechos, de igual

jerarquía constitucional, la privación de la libertad personal. Por esto la ley la rodea de tanta garantía”.

Por su parte el Lic. Gorbacz, refirió que no acuerda con la postura que sostiene que la no admisión de las internaciones involuntarias es de un estándar mayor que admitirlas y regularlas, tal como lo establece la Ley Nacional de Salud Mental. Con relación a la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental, si bien la Ley Nacional de Salud Mental sostiene a las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad, el Art. 42 de la ley modifica el Art. 152 ter del Código Civil, incorporando expresamente que las mismas “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”

Según Martínez y Wolkowicz⁵⁹, estas modificaciones surgen como consecuencia de sostener dos aspectos: - la presunción de capacidad de las personas y de considerar que el derecho a la capacidad jurídica es un derecho humano, tal como lo plantea el Art. 3º de la Ley 26.657 y Art. 12 de la Convención y - el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable de acuerdo al Art. 7 inciso n de la Ley 26.657.

En esta misma línea de análisis Capria, Díaz Fornis y otros⁶⁰ expresan que “la Ley 26.657 refuerza la regla de la capacidad para todas las personas (art. 3) y afirma que no puede deducirse incapacidad solo por la existencia de un diagnóstico de padecimiento mental (art. 5), e introduce en el C.C. el art. 152 ter que obliga a una revisión por lo menos cada tres años de estas sentencias, avanzando en la línea de que el ejercicio de la capacidad jurídica es un proceso dinámico”.

Al respecto el Lic. Gorbacz⁶¹ refiere que esta reforma está orientada a una utilización más restringida del instituto de la incapacidad civil y que si bien ha significado un avance, el mismo es parcial en este punto, ya que la adaptación a la Convención de los derechos de las personas con discapacidad requiere de una reforma más amplia del Código Civil.

Si bien, tanto las internaciones involuntarias, como la capacidad jurídica son subdimensiones específicas de acceso a la justicia (dimensión incluida en la investigación sobre los principios transversales, pag. 154 del Anexo 5), se juzgó oportuno este desarrollo ya que reflejan la diversidad de miradas y concepciones

sobre los estándares planteados por la Ley Nacional de Salud Mental, otorgando otros argumentos a las decisiones tomadas en el marco de este estudio.

Por otro lado, este punto introducido por la Lic. Arriagada, el Lic. Herbón y la Dra. Monópoli acerca de dejar claramente establecido los marcos normativos a monitorear a través de la Matriz de Indicadores, como se ya se mencionó, es nodal dentro del enfoque de derechos humanos. Sobre este tema Abramovich⁶² expresa que si bien los estándares fundados en el derecho internacional de derechos humanos fijan una orientación general, una meta a alcanzar, aunque no dicten políticas concretas, son orientadoras de las mismas, e instauran las bases sobre las cuales los mecanismos de supervisión controlan si las políticas o medidas de los estados se ajustan o no a esos estándares.

Esto supone que en un futuro, conforme se vaya avanzado en el horizonte del reconocimiento de mayores estándares, deberán realizarse las adecuaciones necesarias en la Matriz de Indicadores para lograr el seguimiento de los mismos.

Estrechamente relacionado con esta temática, el Lic. Gorbacz expresó la importancia de monitorear dos aspectos:

- La compatibilización de leyes provinciales de salud mental a los estándares de la Ley Nacional. En esta misma línea, la Lic. Arriagada habría planteado la necesidad de medir aspectos relacionados con la federalización, en uno de los sentidos a los que se refirió la experta sobre este término, es decir el de que todas las provincias adopten los mismos estándares (el otro sentido del término será analizado en la dimensión capacidades estatales).
- La adecuación de otras leyes o normativas a la Ley Nacional de Salud Mental; es decir, considerar normas anteriores o posteriores que se contrapongan a la Ley Nacional de Salud Mental, así como la necesidad de adecuar artículos de los Código Penal y Civil a dicha legislación.

Ambas opiniones del Lic. Gorbacz derivaron en la elaboración de indicadores específicos, incluidos en la Matriz III, quedando sin modificaciones en la Matriz Final.

El primero, en la subdimensión "Legislación provincial específica en derecho a la salud mental", como indicador estructural. De esta forma se procuró también relevar información sobre el alcance jurisdiccional del reconocimiento del derecho a la salud mental, en consonancia con la opinión de la Lic. Arriagada.

El segundo, como indicador de proceso. Este tema fue retomado por la Lic. Amendolaro, quien opinó que la adecuación debería hacerse a la Convención de los derechos de las personas con discapacidad; teniendo en cuenta los argumentos desarrollados anteriormente se sostuvo el indicador tal como había sido formulado.

Retomando la entrevista a la Dra. Monasterolo se le consultó a esta experta, acerca de la inclusión de algún indicador que pudiera reflejar los avances del Poder Judicial con relación a la adaptación de sus procedimientos a la legislación vigente. Esta inquietud surgió de los materiales consultados que, como ya fue mencionado, prevén como indicador de proceso verificar el grado y la forma en que las obligaciones generales de un determinado derecho, se incorporan en la política pública y el accionar de las distintas ramas del estado²⁷.

A partir de la opinión de esta profesional, el indicador quedó formulado como “Normativa interna del poder judicial con relación a la legislación vigente”^{**} y fue incluido en las matrices siguientes, no obteniéndose opiniones diferentes.

En todas las entrevistas con los expertos, el rol del sistema judicial fue largamente tratado, a la vez que cuestionado. Hubo un acuerdo en otorgarle protagonismo en la vulneración de los derechos de las personas con padecimiento mental, dado que las prácticas históricas de los funcionarios judiciales no sólo las han desprotegido, sino que las han equiparado con la peligrosidad e incapacidad, a través de acciones tutelares, restringiendo la posibilidad de ser escuchadas y ejercer sus derechos.

De este modo, los expertos sostuvieron que para el cumplimiento de la letra de la Ley de Salud Mental, es indispensable la adecuación de las acciones al interior del sistema judicial, considerando a los sujetos con sufrimiento psíquico como sujetos de derechos y respetando las decisiones de los equipos técnicos interdisciplinarios y de las propias personas.

^{**} En la Provincia de Córdoba este indicador se refiere a las Acordadas del Tribunal Superior de Córdoba. Hasta el momento pueden mencionarse: -Acuerdo Reglamentario N° 1160. Serie A, sobre la conformación de un equipo de trabajo para el Registro único de internaciones del poder judicial y Protocolo de visitas institucionales de las instituciones de salud mental que incluyen personas por disposición judicial. - Acuerdo Reglamentario N° 1122/A, sobre internaciones involuntarias.

Se hace mención que entre las opiniones vertidas por el Dr. Mariano Laufer Cabrera, si bien hubo aspectos relacionados con esta dimensión, no propuso modificaciones específicas; de este modo podría considerarse que para este experto las subdimensiones e indicadores formulados reflejarían los componentes a dilucidar en recepción del derecho.

De esta manera, la Matriz Final que a continuación se presenta fue enriquecida por los aportes recibidos, manteniendo el esquema que inicialmente había sido definido.

Asimismo con las opiniones de los participantes, se logró que esta dimensión, además de los instrumentos internacionales de derechos humanos, también contemple los tres poderes del Estado: Legislativo (considerando la legislación específica en salud mental), Ejecutivo (al tomar en cuenta la reglamentación de la leyes) y Judicial (con la incorporación de las normativas internas al mismo).

3.1.3. Recepción del Derecho. Matriz Final

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Adhesión a documentos internacionales o regionales sobre DDHH y sobre el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cuáles se adhirió y con qué rango? • Existencia de una agenda para estudiar adhesión de nuevos documentos llevada adelante por el Estado o por otros organismos <p>- Opiniones Consultivas de la Comisión Interamericana de DDHH y de la Corte Interamericana de DDHH</p>	<p>- Observaciones sobre los informes periódicos que el Estado ha presentado a los órganos de supervisión internacional que incluyan el derecho a la salud mental ⁽¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avances en la implementación del cumplimiento de las observaciones (preocupaciones y recomendaciones) realizados por los órganos de supervisión internacional con relación al derecho a la salud mental <p>- Contrainformes presentados por la sociedad civil a los órganos de supervisión de los tratados que incluyan el derecho a la salud mental (informes sombras)</p>	<p>- Observaciones sobre los informes periódicos que el Estado ha presentado a los órganos de supervisión internacional que incluyan el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimientos de los progresos en el derecho a la salud mental por parte de los órganos de supervisión internacional <p>- Sentencias de la Corte Interamericana de DDHH sobre casos relativos a la salud mental y cumplimiento de las mismas</p>

<p>- Legislación nacional / provincial específica en el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenidos mínimos y obligaciones del derecho a la salud mental • Reglamentación. Adecuación (conflicto, contradicciones, etc.) con relación a la Ley • Compatibilización con la Ley Nacional de Salud Mental (para leyes provinciales) 	<p>- Adecuación de otras leyes o normativas a la Ley Nacional de Salud Mental</p> <p>- Normativa interna del Poder Judicial con relación a la legislación vigente</p>	
--	---	--

⁽¹⁾ **Órganos de supervisión**

- ONU:
 - Comité de derechos humanos
 - Comité de derechos, económicos, sociales y culturales
 - Comité contra la tortura
- OEA:
 - Grupo de Trabajo para el análisis de los informes nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador

3.2. Dimensión: Capacidades Estatales

Esta dimensión apunta a recabar información sobre las características de la estructura institucional del Estado, la toma de decisiones y las posibilidades de definir y vehicular políticas, planes, programas y acciones que le permitan avanzar en la garantía del derecho a la salud mental; así como los esfuerzos que las distintas ramas del Estado realizan en el ámbito de las políticas relacionadas con el derecho a la salud mental y el estado de avance en el goce efectivo de este derecho²⁷.

Con este fin, se definieron las siguientes subdimensiones:

- > Existencia de agencias específicas dentro del Estado destinadas a la planificación y ejecución de políticas en salud mental
- > Plan Nacional / Provincial de Salud Mental
- > Instancias intersectoriales e interinstitucionales
- > Estructura administrativa del Estado
- > Regulación del sistema sanitario de salud mental
- > Políticas de recursos humanos

La elaboración de los indicadores para estas subdimensiones también estuvo basada en los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, expuestos en las Observaciones Generales aprobadas por el Comité de derechos económicos, sociales y culturales, Observación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12 del Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales)³². Estos elementos se refieren a:

a) Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Los mismos deberán incluir los factores determinantes básicos de la salud (agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas), personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, y medicamentos esenciales.

b) Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
- Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población.
- Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.
- Acceso a la información: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud y no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. ***

c) Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; es decir deberán tener en cuenta la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida. Asimismo serán concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

*** Dado que la no discriminación y el acceso a la información son principios transversales, están incorporados como dos dimensiones específicas en la Tesis de Maestría de la Lic. Mariana Illanes Passera: "Construcción de indicadores de salud mental desde un enfoque de derechos humanos. Fase de recolección de información relativa a los principios transversales de igualdad y no discriminación, acceso a la justicia y acceso a la información y participación". (Ver Anexo Matriz de Indicadores de salud mental con enfoque de derechos. Pag.154)

Esta dimensión tuvo un proceso de construcción de tres etapas, en la que fue sometida a la opinión de expertos:

- ✓ Matriz Inicial:
 - Lic. Leonardo Gorbacz
 - Equipo de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad. Secretaría de Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Dirección.
Lic. Malena Arriagada
Lic. Carlos Herbón
Abogada Valeria Monópoli
- ✓ Matriz II (incluida en Anexo 3. Pag. 136):
 - Lic. Roxana Amendolaro
 - Dra. Laura Pautassi
- ✓ Matriz III / Matriz Final:
 - Dr. Iván Ase

La matriz que se presenta seguidamente corresponde a la Matriz Inicial, a través de la cual se comenzó a recabar las opiniones de los primeros expertos consultados.

3.2.1. Capacidades Estatales. Matriz Inicial

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Existencia de agencias específicas dentro del Estado destinadas a la planificación y ejecución de políticas en salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructura organizativa (consultar si hay que agregar proceso y resultados) 		
<p>- Plan Nacional de Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y alcance • Determina claramente los programas, objetivos, metas, responsables y sus obligaciones de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental • Determina instancias de control, monitoreo y evaluación de los programas de salud mental dentro de la estructura estatal <p>- Plan Provincial de Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y alcance • Determina claramente los programas objetivos, metas, responsables y sus obligaciones de acuerdo a la Ley Provincial de Salud Mental 	<p>- Plan de Salud Mental. Avances en la implementación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de instituciones, servicios y dispositivos alternativos (como parte de la Red de servicios con base en la comunidad) ⁽¹⁾ • Programas para el abordaje y prevención de problemáticas psicosociales prevalentes y en riesgo psicosocial ⁽²⁾ • Dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños para personas con uso problemático de drogas • Adecuación de los servicios de salud mental de hospitales generales • Adecuación de los hospitales monovalentes 	<p>- Plan de Salud Mental. Avances en las metas</p> <p>Brechas de tratamiento (proporción de personas con padecimiento mental que necesitan atención y no la reciben):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con padecimiento mental que reciben asistencia especializada de manera continua en salud mental <p>Brecha en la calidad de atención (proporción de personas con padecimiento mental que no acceden a tratamiento específico adecuado -se vulneran sus derechos humanos y/o son víctimas de estigma y discriminación-)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Determina instancias de control, monitoreo y evaluación de los programas de salud mental dentro de la estructura estatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de psicofármacos esenciales • Servicios locales descentralizados para la atención primaria de la salud mental por jurisdicción y región geográfica • Programas de promoción de la salud mental, con participación comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con padecimiento mental en dispositivos alternativos • Porcentaje de personas institucionalizadas en programas de reinserción social • Porcentaje de personas que necesitan psicofármacos con acceso continuo a los mismos • Porcentaje de camas para internación en salud mental en hospitales generales • Porcentaje de cierre de camas de internación en hospitales monovalentes • Tiempo promedio de internación en salud mental • Existencia de listas de esperas para recibir el servicio en salud mental • Grado de satisfacción de los usuarios sobre las accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud mental (SEÑAL DE PROGRESO)
<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre Instancias intersectoriales e interinstitucionales 	<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de los órganos intersectoriales e interinstitucionales con cumplimiento de las funciones 	<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de la red de servicios de salud mental en los tres niveles de atención de salud

	<p>previstas en las leyes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de los órganos intersectoriales e interinstitucionales, periodicidad de las reuniones, alcance de las decisiones, difusión pública de las decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de políticas intersectoriales e interinstitucionales para la inclusión social de las personas con padecimientos mentales (trabajo, educación, cultura, arte, deporte, otras)
<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de instancias para acuerdos a nivel país con relación a la organización y funcionamiento del sistema de salud mental 	<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avances en los acuerdos interjurisdiccionales 	<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integralidad del sistema sanitario de salud mental del país • Abordaje interjurisdiccional de casos
<p>- Regulación del sistema sanitario de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas y normativas de organización del sistema de salud mental (público, privado, seguros de salud) 	<p>- Regulación del sistema sanitario de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de servicios de salud mental públicos, subcontratados a compañías privadas, otros tipos de efectores o ONG • Disparidades públicos-privadas significativas en el gasto y cobertura en salud mental • Control por parte del Estado al sector privado y de Obras Sociales en el cumplimiento del derecho a la salud mental de las personas con padecimiento mental atendidas por estos sectores 	<p>- Regulación del sistema sanitario de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obras Sociales con cobertura integral en salud mental • Instituciones o servicios del sector privado que se adecuaron a las normativas vigentes en salud mental

<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y distribución de equipos interdisciplinarios (de acuerdo a Art. 8 y 13 Reglamentación Ley Nacional; Cap. III de la Ley Provincial) • Programas de formación de profesionales de reciente egreso (residencias): interdisciplinarios, integrales, centrados en la comunidad y con enfoque de derecho • Programas de capacitación del personal sobre salud mental y derechos humanos 	<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos interdisciplinarios: profesiones en cargos de conducción; inclusión de nuevas disciplinas; instituciones, servicios o programas conformados interdisciplinariamente; distribución por regiones y niveles de atención • Cantidad de profesionales egresados del sistema de formación • Porcentaje de personal capacitado sobre salud mental y derechos humanos 	<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento / disminución de buenas prácticas en salud mental (ajustadas a las normativas vigentes) • Aumento / disminución de prácticas que vulneran los derechos a la salud mental
--	--	--

(1) **Red de servicios con base en la comunidad:** servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada, en crisis y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia o residencias compartidas, casas de medio camino, centros y hospitales de día y de noche, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, programas de reinserción familiar y comunitaria, acompañamiento terapéutico (en base al Art. 11 de la Ley Nacional de Salud Mental)

(2) **Problemáticas prevalentes:** depresión, ansiedad, abuso de alcohol (según OPS/OMS)

Problemáticas en riesgo psicosocial: uso problemático de drogas, violencia familiar, maltrato infantil, abuso sexual, patologías severas, conductas suicidas, accidentes, catástrofes, acoso escolar y otras (en base al Art, 23 Inc. c de la Ley de Salud Mental de Provincia de Córdoba y OPS/OMS)

3.2.2. Análisis de las Entrevistas a Expertos

Subdimensión Existencia de agencias específicas dentro del Estado destinadas a la planificación y ejecución de políticas en salud mental: esta subdimensión está relacionada a la Autoridad de Aplicación de las leyes de salud mental o al área que la misma designe para llevar a cabo las políticas del sector. En el caso de la Ley Nacional de Salud Mental, el Art. 31 estipula que la Autoridad de Aplicación es el Ministerio de Salud de la Nación.

El único de los expertos que hizo una referencia particular a esta subdimensión fue el Lic. Gorbacz, quien consideró importante recabar información sobre la jerarquía de dicha agencia dentro de la estructura estatal. Esta observación tiene su correspondencia en la especificación del Art. 31 realizada en el Decreto Reglamentario donde se establece que el área que se designe para el establecer las políticas, no podrá ser inferior a Dirección Nacional.

Asimismo el experto recomendó verificar la relación de esta dependencia con el área de adicciones, en el caso que hubiere otras agencias particulares destinadas a esta problemática.

Este último aspecto también fue planteado como marco general de la Matriz de Indicadores por el Equipo de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, trayendo el conflicto que existe con relación a posiciones que consideran esta temática por fuera del campo de la salud, estigmatizando y criminalizando a las personas con uso problemático de drogas.

En la Ley Nacional de Salud Mental, en su Art. 4 queda expresamente establecido que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. También deja en claro que las personas con uso problemático de drogas tienen todos los derechos y garantías con relación a los servicios de salud que establece dicha ley. No obstante esto, en función del planteo mencionado, se incorporó la sugerencia del Lic. Gorbacz en esta subdimensión.

Asimismo se decidió sostener la inclusión de indicadores específicos en otras subdimensiones, acordando con la recomendación de dicho equipo acerca de la necesidad de que el abordaje de esta problemática este específicamente planteado como un aspecto a observar con relación a la implementación de la ley. También se preguntó a los expertos sobre si esta subdimensión requeriría de indicadores de proceso y resultado, a modo de verificar el criterio tomado con

relación a que estos indicadores estarían reflejados en el resto de los aspectos considerados para capacidades estatales. Al no obtenerse respuestas contrarias a esta decisión, se mantuvo la misma.

Subdimensión Plan Nacional / Provincial de salud mental: esta es una de las subdimensiones de la matriz que cobra mayor relevancia ya que en la misma se expresan aspectos que refieren más directamente a la materialización de la voluntad política y técnica de los Estados en post de la implementación de acciones dirigidas al cumplimiento del derecho a la salud mental y de la transformación de las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos. A tal fin se procura determinar el alcance y cobertura de los programas y servicios desarrollados o la variación en la calidad y alcance de esas intervenciones^{3,4}.

Al respecto, la ONU expresa que una declaración de política nacional sobre un tema debe exponer los objetivos, el marco normativo, la estrategia o el plan de acción concreto del gobierno para abordar las cuestiones a las que se refiere. Estos componentes a su vez ofrecen valores de referencia pertinentes que sirvan para que el Gobierno rinda cuentas de su actuación o falta de actuación en ese tema. Además, una declaración de política es una forma de traducir las obligaciones de derechos humanos de un Estado en un programa de acción aplicable¹⁴.

En las primeras consultas realizadas sobre esta subdimensión, las reflexiones y aportes giraron en relación con la preocupación por los procesos de externación e inclusión social de las personas con padecimiento mental y los abordajes de las personas con uso problemático de drogas.

- Con relación al primer tema, en la consulta realizada al Lic. Gorbacz se remarcó la necesidad de que los indicadores reflejen claramente el espíritu de la ley en relación específicamente a la sustitución de dispositivos monovalentes por una red servicios con base en la comunidad.

El experto destacó puntualmente agregar la planificación del cierre de los hospitales monovalentes y redefinir el indicador relativo a la provisión de psicofármacos esenciales, de modo que quede expresada la descentralización de los mismos, en el marco de tratamientos

interdisciplinarios. Estos elementos están previstos en los Art. 27 y 12 respectivamente.

Asimismo subrayó la necesidad de medir la cobertura de los servicios con relación a todas las personas que demandan atención en salud mental y no sólo de aquellas con un diagnóstico específico en salud mental. Del mismo modo, la recolección de información cualitativa sobre la calidad de los servicios, debería realizarse particularmente entre los usuarios de los servicios de salud mental de hospitales generales y dispositivos sustitutos.

En estrecha relación con esta temática, el experto resaltó la importancia de que se hayan incluido otros indicadores que permiten hacer un seguimiento en este mismo sentido, tales como la existencia de listas de espera y el tiempo promedio de internación en salud mental.

En la consulta al Equipo de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad se planteó la preocupación acerca de la cultura manicomial, que en palabras de la Lic. Arriagada “tiene la lógica de la puerta giratoria, es decir, en la medida que el afuera no cree condiciones para sostener la salida, el modelo conduce nuevamente hacia el adentro”. Dada esta situación recomendaron explicitar la inclusión laboral en los indicadores que refieren a los programas de reinserción social, sosteniendo que es la condición para que una persona logre insertarse socialmente.

- Como se mencionó anteriormente, uno de los temas trabajados en la entrevista con el Equipo de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad estuvo relacionado con las personas con uso problemático de drogas. Con relación a este tema, si bien dentro de los avances en la implementación del Plan de Salud Mental estaban incluidos los dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños, se acordó con estos profesionales sobre la conveniencia de evaluar también en los indicadores de resultados, cuántas de las personas atendidas por esta problemática, acceden a dichos dispositivos.

Si bien estos aspectos estaban incorporados entre los indicadores iniciales, se reformularon los mismos y se agregaron otros, de manera tal que estas cuestiones quedaran más precisamente expresadas en la Matriz II.

Al ser sometida al juicio de la Lic. Amendolaro, demostrando la misma preocupación con relación a los procesos inserción social que manifestaron los

expertos anteriores, esta profesional consideró importante agregar también el acceso a la vivienda y la existencia de programas específicos para la provisión de DNI.

Otra contribución de esta consulta, estuvo asociada a la necesidad de evaluar el grado de participación de las personas usuarias. Esta temática fue absorbida teniendo presente además el Art. 9, inc. c del Decreto Reglamentario de la Ley Nacional; el mismo hace mención a la “participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva”.

Otro elemento de la participación de los usuarios planteado por esta profesional, fue retomado como indicador estructural, reportando si la elaboración del Plan Nacional/Provincial de Salud Mental se realizó de manera participativa. Al redefinir este indicador, se consideró importante agregar también la participación de otros actores y los mecanismos de participación utilizados.

Como resultado de las consultas, esta subdimensión fue enriquecida, principalmente a través del complemento en la información que suponen los indicadores añadidos. Se hace mención que el resto de los expertos no consideraron introducir particularmente otras modificaciones.

Subdimensión Instancias intersectoriales e interinstitucionales: esta subdimensión fue incorporada ya que uno de los aspectos necesarios a identificar dentro de las capacidades estatales está referido a las relaciones interinstitucionales; asimismo se reconocen como uno de los indicadores de fragilidad en dicha capacidad, a la deficiencia en la coordinación entre las agencias o la falta de políticas integrales^{3,4}.

Es necesario aclarar que si bien dentro de la capacidad política se incluye la habilidad de los Estados para incorporar la participación ciudadana en la toma de decisiones y la resolución de conflictos, a fin de evitar la duplicación de información, se consideró pertinente enfocar esta subdimensión particularmente a las instancias intersectoriales e interinstitucionales; considerando aquellos órganos propuestos en las leyes que prevén la participación social, dentro del principio transversal de acceso a la información y participación (aspecto abordado en la investigación sobre principios transversales, incluida en Anexo 5. Pag 159).

Es decir que se consideró particularmente como instancia intersectorial a la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, de acuerdo al Art. 36 de la Ley Nacional de Salud Mental y el Art. 2 de su Decreto Reglamentario.

Los únicos expertos que brindaron una opinión particular sobre esta subdimensión fueron el Lic. Gorbacz (Matriz Inicial) y la Lic. Amendolaro (Matriz II), por lo que ambos aportes se analizan conjuntamente.

Dada la relevancia que adquieren los organismos estatales de derechos humanos en el marco de las políticas públicas con enfoque de derechos, el Lic. Gorbacz consideró importante verificar especialmente el involucramiento de estas agencias dentro de las instancias intersectoriales, aspecto que fue absorbido como indicador estructural.

Con relación al indicador de proceso formulado, la Lic. Amendolaro opinó sobre la pertinencia de tener en cuenta las publicaciones destinadas a incidir en las agencias estatales dedicadas a la planificación y ejecución de políticas en salud mental, producidas desde los órganos intersectoriales e interinstitucionales.

Con respecto al indicador de resultado relacionado con la implementación de políticas intersectoriales e interinstitucionales para la inclusión social de las personas con padecimientos mentales, el Lic. Gorbacz aportó la relevancia de evidenciar si las áreas involucradas cuentan con un plan específico para tal fin. Asociado a este aspecto, la Lic. Amendolaro hizo referencia a la necesidad de inclusión de la temática de salud mental en planes nacionales, provinciales y/o municipales de empleo y vivienda.

Estas sugerencias se corresponden con el Art. 36 de la Ley Nacional de Salud Mental en el cual se establece que “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 (...)”

De acuerdo con estas contribuciones, se redefinió el indicador de resultado incorporando ambas opiniones, quedando formulado del siguiente modo: “ejecución de planes de inserción socio-laboral por áreas específicas que

garanticen la inclusión de las personas con padecimiento mental, articulados intersectorialmente (trabajo, educación, vivienda, cultura, arte, deporte, otras), en los niveles nacional, provincial y municipal”.

Otro aporte de la Lic. Amendolaro estuvo relacionado con la posibilidad de recabar información sobre la inclusión de la temática de salud mental en la agenda de trabajo de agencias estatales no específicas, lo que derivó en la incorporación de un nuevo indicador de resultado. Por otro lado, este aspecto se corresponde con lo mencionado en el Art. 7 inc. i (políticas y acciones del INADI y AFSCA para favorecer la inclusión social de las personas con padecimiento mental), Art. 20 (elaboración de Protocolos de intervención y capacitación para Fuerzas de Seguridad), entre otros.

Dado que, como se mencionó, el resto de los expertos no emitieron ninguna opinión particular respecto de esta subdimensión, la misma quedó redefinida con las contribuciones explicitadas.

Subdimensión Estructura administrativa del Estado: con relación a esta subdimensión, la OEA refiere que “la provisión de bienes y servicios vinculados a derechos sociales en general resulta implementada por diferentes niveles de gobierno y dependiendo de las formas de organización interna de cada Estado. Los procesos de descentralización de las políticas y servicios sociales pueden permitir mayor flexibilidad y adaptación a las realidades regionales y a las necesidades locales, pero también conllevan en ocasiones numerosos problemas de coordinación. Las dificultades se presentan ante la falta de claridad en la definición y distribución de competencias y responsabilidades entre distintas instancias de gobierno y en ocasiones entre diferentes gobiernos, nacionales, regionales o provinciales y locales”³. En consecuencia, se consideró pertinente identificar si el Estado instrumenta mecanismos para arribar a los acuerdos necesarios tendientes a lograr la ejecución de políticas de salud mental congruentes a la Ley Nacional en todo el país.

La Lic. Arriagada consideró muy importante que la matriz, además de relevar información sobre los acuerdos intersectoriales, haya incluido también los acuerdos interjurisdiccionales. Esto fue fundamentado a partir de lo ya

mencionado en la dimensión recepción del derecho acerca de la federalización de las reformas en las políticas de salud mental en el marco de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. A tal efecto, luego de esta entrevista, se decidió agregar al indicador de resultado sobre la integralidad del sistema sanitario de salud mental, una referencia expresa al cumplimiento de los estándares en salud mental en todas las jurisdicciones, siguiendo la lógica de lo planteado en dicha dimensión.

En la entrevista mantenida con el Lic. Gorbacz una de las temáticas que expresó como preocupación asociadas al proceso de reinserción social de las personas con padecimiento mental, es que estén instrumentados los recursos de manera tal que las personas que por alguna circunstancia estuvieron institucionalizadas o atendidas en otras áreas geográficas o provincias al de su lugar de residencia, puedan continuar con un abordaje y seguimiento en las mismas. Esto fue expresado por el experto como “el gran fracaso del sistema de salud mental es mandar a la gente fuera de su lugar (...) la coordinación valorada como positiva es la derivación de las personas hacia su propio lugar de residencia”.

Esta situación está mencionada en el Art. 9, inc. a del Decreto Reglamentario, donde se expresa, entre los principios que debe respetar la Autoridad de Aplicación en las políticas públicas, la cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.

De esta manera, el Lic. Gorbacz consideró que este factor debía constituirse en un indicador de las capacidades estatales; en el momento de reformulación de la matriz, se valoró que uno de los aspectos que mayormente refleja esta cuestión está representado en esta subdimensión, como parte de los avances en los abordajes interjurisdiccionales de los casos.

Se destaca que el resto de los expertos no realizaron recomendaciones específicas para esta subdimensión.

Subdimensión Regulación del sistema sanitario de salud mental: a través de esta subdimensión se intentó recoger información que permita monitorear el cumplimiento del Art. 37 de la Ley Nacional de Salud Mental con relación a la adecuación de la cobertura de las obras sociales a la misma y la fiscalización de los prestadores.

En la entrevista mantenida con la Lic. Arriagada se trató la temática de la integralidad en el campo de la salud mental, analizándola desde dos aspectos. Por una parte, la integralidad de los abordajes, que se garantizan con la atención de equipos interdisciplinarios. Por otro lado, la externación de las personas y su inserción social, garantizada por la integralidad del sistema sanitario.

De esta manera consideró que esta subdimensión debía reflejar este último aspecto, de forma tal que “la persona que se atiende en el sector privado tenga las mismas posibilidades de insertarse que si se atiende en el sector público”.

Refirió que para lograr tal condición, el Estado debe realizar acuerdos en instancias interinstitucionales e intersectoriales con efectores que no pertenecen al sector público, ya que “actualmente las Obras Sociales y el sector privado se desentienden de la inserción laboral y educativa; el Estado tiene que obligar a estos sectores y prever qué hacer con la inserción de las persona atendidas por efectores no estatales. En última instancia, al tratarse de una ley, el responsable es el Estado”.

Por su parte, el Lic. Gorbacz hizo hincapié en la relevancia que adquiere el área de fiscalización en la regulación del sistema sanitario para lograr la aplicación de las legislaciones en las instituciones privadas, al comentar sobre el indicador ya incorporado sobre este aspecto. Consideró relevante esta cuestión ya que las Obras Sociales contratan como prestadores a dichas instituciones. Refirió que, dentro de esta área, es indispensable verificar qué se controla y con qué frecuencia; es decir que los controles estén dirigidos efectivamente a vigilar el cumplimiento de las leyes, excluyendo prácticas violatorias e incorporando mecanismos inclusivos. Del mismo modo, se torna necesario evidenciar cuáles son las medidas que se toman cuando las instituciones incumplen la ley.

Por otro lado, tanto el Lic. Gorbacz como el Equipo de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, abordaron la problemática del tratamiento de personas con uso problemático de drogas.

Al respecto el Lic. Herbón manifestó que las comunidades terapéuticas no sólo fueron constituidas por fuera del área de salud mental, sino que han heredado lo peor de las prácticas manicomiales y que, en muchos casos, no están conformadas por profesionales, sino por ex usuarios que realizaron un emprendimiento económico y quedan fuera de cualquier auditoría de salud

mental. Asimismo este profesional expresó: “se determinó por un criterio arbitrario que las internaciones debían ser de dos años; ahí está la discriminación en pleno que la sociedad fue armando acerca del usuario de drogas, apoyando el encierro, el aislamiento, la indocumentación, etc.” De esta manera manifestó que estas internaciones debieran tratarse como las demás internaciones, en relación con la voluntariedad y las revisiones.

En consecuencia, estos expertos coincidieron en señalar que los indicadores debían contener la adaptación a la ley de los dispositivos de tratamiento para personas con uso problemático de drogas (comunidades terapéuticas, granjas, etc.).

Del mismo modo, opinaron que esta subdimensión debía reflejar más acabadamente el Art. 37 del Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental. En dicho artículo se establecen específicamente estos aspectos, estableciendo que 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, la incorporación de los dispositivos, insumos y prácticas en salud mental que se promueven en la ley y la exclusión de la cobertura las prestaciones contrarias a la misma. Asimismo se dispone que se deberá controlar que se identifiquen las personas que se encuentren con internaciones prolongadas y/o en instituciones monovalentes, y que se deberá establecer un proceso de externación y/o inclusión en dispositivos sustitutivos.

Como resultado de estas consultas, esta fue una de las subdimensiones en las que mayores modificaciones se realizaron ya que se incorporaron todas las opiniones y lo establecido en el artículo mencionado, agregando indicadores estructurales y de resultados y modificando los de proceso. Estos cambios fueron introducidos en la Matriz II, la que fue sometida a opinión del resto de los expertos.

Solamente la Lic. Amendolaro brindó una opinión específica; la misma estuvo referida, al igual que en las subdimensiones anteriores, a la incorporación de acceso a la vivienda en los indicadores que hacen mención a la inserción social.

Subdimensión Política de recursos humanos: dentro de las capacidades estatales, la política de recursos humanos tiene un lugar destacado en tanto representa una de las condiciones esenciales para la implementación de las políticas públicas definidas.

Al interior de la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario, esta preponderancia está reflejada en varios de sus artículos: - en la conformación de equipos interdisciplinarios para el logro de la integralidad de los abordajes, estableciendo de manera no taxativa las disciplinas o áreas que lo conforman (Art. 8); - en la igualdad de las condiciones de las profesiones para acceder a cargos de conducción y gestión de servicios e instituciones, así como el derecho a la capacitación y a la protección de su salud (Art. 13); - en la necesidad de la formación de los profesionales de las disciplinas involucradas 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; al mismo tiempo resalta la capacitación en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria de la salud, y de todas las áreas que intervienen, así como la promoción 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 (Art. 33).

En términos generales esta fue una subdimensión en la que las opiniones recogidas estuvieron dirigidas a fortalecer lo ya incluido dentro de los indicadores sometidos a consultas.

Una de las opiniones dadas por el Lic. Gorbacz fue con relación a la creación de guardias interdisciplinarias en hospitales generales, la transferencia de personal de hospitales monovalentes hacia otros dispositivos y el cierre de los sistemas de capacitación en los mismos. Dado que son elementos claves para la transformación de los servicios de salud mental, se absorbieron dichas recomendaciones.

Con respecto a la capacitación del recurso humano, el Lic. Gorbacz, la Lic. Arriagada y la Dra. Pautassi coincidieron en señalar la conveniencia de que resulte más explícitamente expuesta la formación de grado de las disciplinas involucradas, en temáticas de salud mental y derechos humanos.

Al reformular los indicadores estructurales, se decidió unificar la formación y capacitación del recurso humano, desagregando las diferentes instancias e incluyendo temáticas básicas. Ambos aspectos se realizaron teniendo en cuenta también la revisión del Plan Nacional de Salud Mental⁴⁹.

Específicamente asociado a esta cuestión, uno de los problemas que se plantean en el Plan, está relacionado a que la formación y la capacitación de los recursos humanos en salud y en salud mental pertenecientes a los distintos sectores involucrados, no se adecua a Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario, afectando la calidad de las respuestas del sector. De esta manera, la formación y capacitación en salud mental y adicciones es una de las líneas de acción que se prevén en dicho Plan⁴⁹.

Con la redefinición de estos indicadores también se apuntó a otro de los elementos esenciales en la ley, razón por la cual también está incorporado como objetivo en el Plan Nacional: “fortalecer el primer nivel de atención en el marco de la Atención Primaria de la Salud y su Componente Salud Mental, incorporando recursos humanos de Salud Mental en los centros de Atención Primaria y capacitando en servicio al personal del equipo de salud”⁴⁹.

Por otro lado, a la largo de este documento se mencionan problemáticas y temáticas a ser incorporadas en las prácticas de salud mental, las cuales otorgaron los fundamentos sobre la pertinencia de incluir en la matriz un temario básico para la capacitación y formación del recurso humano. Las mismas están relacionadas a salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente, interdisciplinariedad, interculturalidad, componente infanto-juvenil y adultos mayores, urgencias, emergencia y desastres, entre otros problemas sanitarios emergentes.

Asimismo y considerando la desvinculación que suelen tener los profesionales de salud mental que trabajan exclusivamente en el ámbito privado, se consideró necesario prever la actualización y actuación de los mismos de acuerdo a las normativas vigentes. Esto fue agregado a través de un indicador que releva información sobre convenios de capacitación con las entidades de representación de profesionales.

Siguiendo esta línea de análisis, resulta pertinente retomar algunas de las reflexiones realizadas en el trabajo Problemáticas de salud mental. Recopilación

de estudios e investigaciones⁹. En el mismo se expresa que “la transformación de los servicios impuesta a partir de las sanciones de las nuevas leyes de salud mental, reemplazando el sistema hospitalocéntrico y manicomial por modelos de atención comunitaria, basados en el respeto por los derechos humanos de los sujetos con padecimiento mental, necesita de una formación y capacitación de los profesionales del área acorde a esta perspectiva. La Universidad obviamente cumple un rol fundamental. Los obstáculos para el corrimiento del eje en la intervención, están acompañados de los escasos recursos humanos capacitados dentro del enfoque de los derechos humanos, donde la reproducción de modelos asistenciales sigue siendo uno de los factores principales a considerar en la reforma.

Se trata de reforzar un perfil profesional que permita revisar los modos de abordaje tradicionales del sector, para abrirse a intervenciones más integrales que incluyan acciones basadas en enfoques colectivos y la incorporación de diversidad de cuerpos teóricos y metodológicos, para poder realizar aportes orientados a cubrir las necesidades derivadas de las problemáticas y de sus determinantes, desde un enfoque de derechos.

Se observa cómo algunos valores derivados de diversos modos históricos de dar respuesta a los problemas del campo de la salud mental, se filtran en muchos de los discursos y prácticas actuales buscando no sólo el ordenamiento particular de los fenómenos relativos al campo, sino también conservar el poder de los técnicos sobre los sujetos considerados enfermos, situación legitimada desde enfoques positivistas.

De esta manera, es indispensable la adecuación de los planes de formación, de forma tal que respondan a la realidad de los contextos de las prácticas profesionales”⁹.

Para finalizar, se destaca que la Matriz IV incluyó la totalidad de las modificaciones descritas anteriormente para cada una de las subdimensiones que componen las capacidades estatales, la cual fue sometida a juicio del Dr. Ase.

Dado que este experto consideró completa la información incorporada, expresando que a consecuencia de esto, no había aspectos que agregar u objetar, no se produjeron nuevos cambios en la matriz, por lo que se constituyó en la Matriz Final. La misma se presenta seguidamente.

3.2.3. Capacidades Estatales. Matriz Final

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Existencia de agencias específicas dentro del Estado destinadas a la planificación y ejecución de políticas en salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jerarquía • Estructura organizativa • Adicciones. Área de incumbencia dentro del Estado. Relación con el área salud mental 		
<p>- Plan Nacional / Provincial de Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y alcance. Planificación normativa o planificación participativa. Mecanismos de participación utilizados y actores involucrados • Determina claramente los programas, objetivos, metas, responsables y sus obligaciones de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental • Determina instancias de control, monitoreo y evaluación de los programas de salud mental dentro de la estructura estatal. Cuáles 	<p>- Plan de Salud Mental. Avances en la implementación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de instituciones, servicios y dispositivos sustitutivos como parte de la red de servicios con base en la comunidad ⁽¹⁾ • Programas para el abordaje y prevención de problemáticas prevalentes y en riesgo psicosocial⁽²⁾ • Dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños para personas con uso problemático de drogas 	<p>- Plan de Salud Mental. Avances en las metas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con padecimiento mental que reciben asistencia especializada de manera continua en salud mental • Porcentaje de personas con padecimiento mental en dispositivos sustitutivos • Porcentaje de personas con uso problemático de drogas atendidos con la estrategia de reducción de daños

<ul style="list-style-type: none"> • Determina mecanismos de participación. Cuáles. Actores involucrados 	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de psicofármacos esenciales descentralizada de los monovalentes • Existencia de listas de esperas para recibir el servicio en salud mental • Censo nacional de personas con padecimiento mental internadas en el ámbito público y privado. Datos incluidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas que necesitan psicofármacos con acceso durante el tratamiento interdisciplinario a los mismos
	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación de los servicios de salud mental de hospitales generales • Plan de cierre de hospitales monovalentes • Servicios locales descentralizados de atención primaria de la salud y su componente en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de camas para internación en salud mental en hospitales generales • Porcentaje de cierre de camas de internación en hospitales monovalentes • Tiempo promedio de internación en salud mental
	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de acompañamiento para la inclusión laboral • Programas de acompañamiento para favorecer el acceso a una vivienda • Programa específico de provisión de DNI 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas institucionalizadas que han ingresado a programas de reinserción social, laboral y de vivienda • Porcentaje de personas institucionalizadas sin DNI que han obtenido el mismo • Participación de usuarios, familiares y otros recursos comunitarios en programas de integración social

	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de promoción de la salud mental, con participación comunitaria • Programa de abordajes de situaciones de emergencias y desastres 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población que participa en programas de promoción de la salud mental • Intervenciones en las situaciones de emergencias y desastres
		<ul style="list-style-type: none"> • Grado de satisfacción de los usuarios de servicios de salud mental de hospitales generales y dispositivos sustitutos sobre calidad de los servicios de salud mental (accesibilidad, disponibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad) (Señal de progreso)
<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre órganos intersectoriales e interinstitucionales. Conformación de los mismos • Inclusión de organismos estatales de Derechos Humanos en dichas instancias 	<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de los órganos intersectoriales e interinstitucionales, periodicidad de las reuniones, alcance de las decisiones, difusión pública de las decisiones, publicaciones. Por jurisdicción 	<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de la red de servicios de salud mental en los tres niveles de atención de salud • Ejecución de planes de inserción socio-laboral por áreas específicas que garanticen la inclusión de las personas con padecimiento mental, articulados intersectorialmente (trabajo, educación, vivienda, cultura, deporte, otras), en los niveles nacional, provincial y municipal • Inclusión de la temática de salud mental en la agenda de trabajo de agencias estatales no específicas

<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de instancias para acuerdos a nivel país con relación a la organización y funcionamiento del sistema de salud mental con base comunitaria 	<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avances en los acuerdos interjurisdiccionales • Estrategias de acompañamiento y cooperación de implementación de la legislación de salud mental en los provincias y municipios 	<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integralidad del sistema sanitario de salud mental del país. Cumplimiento de los estándares en salud mental en todas las jurisdicciones. • Abordaje interjurisdiccional de casos. Porcentaje de personas con padecimiento mental que recibían atención fuera de su provincia y que continúan la misma en su lugar de residencia
<p>- Regulación del sistema sanitario de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas y normativas de organización del sistema de salud mental (público, privado, seguros de salud) • Existencia de acuerdos entre el Estado (a través de sus Ministerios, Secretarías, etc.), Obras Sociales y el sector privado para garantizar la inserción educativa o laboral y de vivienda de las personas con padecimiento mental 	<p>- Regulación del sistema sanitario de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación de la cobertura de las Obras Sociales y el sector privado (incluyendo a instituciones para el tratamiento de personas con uso problemático de drogas) a la Ley de Salud Mental: <ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de dispositivos, insumos y prácticas interdisciplinarias en salud mental promovidas en la ley - No exigibilidad de certificados de discapacidad para acceder a dicha cobertura - Identificar personas con internaciones prolongadas y/o en instituciones monovalentes 	<p>- Regulación del sistema sanitario de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obras Sociales con cobertura integral en salud mental • Instituciones o servicios del sector privado que se adecuaron a las normativas vigentes en salud mental • Comunidades, granjas terapéuticas u otros dispositivos para personas con uso problemático de drogas que se adecuaron a la Ley de Salud Mental • Porcentaje de usuarios de salud mental del sistema privado o de Obras Sociales con inclusión en dispositivos sustitutos • Porcentaje de usuarios de salud mental del sistema privado o de

	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos de externación y/o inclusión en dispositivos sustitutos para personas internadas - Exclusión de prestaciones contrarias a la ley • Control por parte del Estado al sector público, privado y de Obras Sociales (incluyendo a instituciones para el tratamiento de personas con uso problemático de drogas) fiscalizando la cobertura de salud mental acorde a la legislación vigente (aspectos incluidos en el indicador anterior). Frecuencia. Medidas adoptadas ante incumplimientos 	<p>Obras Sociales con acceso a programas estatales de inserción educativa o laboral y de vivienda</p>
<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y distribución de equipos interdisciplinarios • Capacitación y formación del recurso humano⁽³⁾: <ul style="list-style-type: none"> - Profesionales de reciente egreso (residencias) - Programas de capacitación en servicio del recurso humano de salud mental - Planes de estudio de las carreras de grado de Psicología, Medicina, Trabajo Social, Enfermería y Derecho 	<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos interdisciplinarios: profesiones en cargos de conducción; inclusión de nuevas disciplinas; programas y servicios conformados interdisciplinariamente; guardias interdisciplinarias en hospitales generales; equipos en centros de atención primaria. Distribución por regiones • Plan de transferencia de personal que se desempeña en hospitales monovalentes 	<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de equipos interdisciplinarios que integran la red de servicios de salud mental con base comunitaria • Porcentaje de personal de hospitales monovalentes transferido a otros dispositivos o servicios con base comunitaria • Cierre de los sistemas de capacitación en hospitales monovalentes

<ul style="list-style-type: none"> - Currícula de post grados, maestrías y doctorados • Convenios de capacitación con las entidades de representación de profesionales sobre salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de profesionales egresados del sistema de formación • Porcentaje de personal capacitado sobre salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente • Porcentaje de profesionales capacitados sobre salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente, a través de entidades de representación de profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento / disminución de buenas prácticas en salud mental (ajustadas a las normativas vigentes) • Aumento / disminución de prácticas que vulneran los derechos a la salud mental
---	---	---

(1) **Red de servicios con base en la comunidad:** servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada, en crisis y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia o residencias compartidas, casas de medio camino, centros y hospitales de día y de noche, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, programas de reinserción familiar y comunitaria, acompañamiento terapéutico (en base al Art. 11 de la Ley Nacional de Salud Mental)

(2) **Problemáticas prevalentes:** depresión, ansiedad, abuso de alcohol (según OPS/OMS)

Problemáticas en riesgo psicosocial: uso problemático de drogas, violencia familiar, maltrato infantil, abuso sexual, patologías severas, conductas suicidas, accidentes, catástrofes, acoso escolar y otras (en base al Art, 23 Inc. c de la Ley de Salud Mental de Provincia de Córdoba y OPS/OMS)

(3) **Temáticas básicas para la capacitación y formación del recurso humano:** salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente, interdisciplinariedad, interculturalidad, componente infanto-juvenil y adultos mayores, urgencias, emergencia y desastres, otros problemas sanitarios emergentes

3.3. Dimensión: Contexto Financiero y Compromiso Presupuestario

Esta dimensión actúa en forma complementaria a la medición de capacidades estatales, ya que a través de la información sobre el contexto financiero y los compromisos presupuestarios que efectivamente asume el Estado para la ejecución de la política de transformación de los servicios de salud mental, se puede evaluar la real importancia que el mismo le otorga al avance en el respeto de sus obligaciones con relación al derecho a la salud mental para toda la población.

Con este fin, la matriz quedó constituida con las siguientes subdimensiones:

- › Disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre asignación presupuestaria al sector
- › Presupuesto asignado al sector de salud mental
- › Evaluación del presupuesto asignado / ejecutado

Esta dimensión tuvo un proceso de construcción de cuatro etapas, en la que fue sometida a la opinión de expertos:

- ✓ Matriz Inicial:
 - Dr. Iván Ase
- ✓ Matriz II (incluida en Anexo 3. Pag 140):
 - Lic. Leonardo Gorbacz
 - Equipo de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad. Secretaría de Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Dirección.
Lic. Malena Arriagada
Lic. Carlos Herbón
Abogada Valeria Monópoli
- ✓ Matriz III (incluida en Anexo 3. Pag 141):
 - Lic. Roxana Amendolaro
 - Dra. Laura Pautassi
- ✓ Matriz IV / Matriz Final:
 - Dr. Iván Ase

3.3.1. Contexto Financiero y Compromiso Presupuestario: Matriz Inicial

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre asignación presupuestaria al sector</p>		
<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuentes • Porcentajes de financiamiento del sector (porcentaje del gasto público social destinado a salud mental). Por jurisdicciones? • Recursos extrapresupuestarios • Distribución del presupuesto al interior del sector de salud mental⁽¹⁾ 	<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución del presupuesto del sector de salud mental • Distribución de la ejecución de la asignación del presupuesto 	<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento/disminución del presupuesto en el sector de salud mental • Aumento/disminución de la asignación presupuestaria en el sector de salud mental

(1)

- Instituciones, servicios y dispositivos sustitutos (servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia o residencias compartidas, casas de medio camino, centros y hospitales de día y de noche, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, programas de reinserción familiar y comunitaria, acompañamiento terapéutico)
- Dispositivos para atención domiciliaria en crisis, servicios locales descentralizados para la atención primaria de la salud, programas para el abordaje de problemáticas psicosociales prevalentes
- Adecuación de los servicios de salud mental de hospitales generales, adecuación de los hospitales monovalentes
- Provisión de psicofármacos
- Recurso humano

3.3.2. Análisis de las Entrevistas a Expertos

Subdimensión Disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre asignación presupuestaria al sector: esta subdimensión se refiere a las disposiciones legales que condicionan el nivel de recursos financieros que deben ser invertidos para el cumplimiento del derecho a la salud mental. En la Ley Nacional de Salud Mental, en su Art. 32 se estipula que “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”.

Con relación a este aspecto ninguno de los expertos consultados emitieron observaciones, entendiendo que se acordó con el concepto acerca de que los indicadores de proceso y de resultados, se encuentran evaluados en el resto de las subdimensiones e indicadores de esta dimensión. De esta manera esta subdimensión mantuvo la formulación planteada al inicio de las consultas.

Subdimensión Presupuesto asignado al sector de salud mental: a través de esta subdimensión se pretendió evaluar los recursos financieros que efectivamente son asignados para la transformación de los servicios de salud mental en post de lograr la garantía del derecho a la salud mental.

La primera consulta realizada fue con el Dr. Iván Ase, entrevista en la cual además de realizar importantes aportes, se explayó sobre conceptualizaciones relativas a la gestión presupuestaria que permitieron precisar algunos indicadores, así como un enriquecimiento al análisis del marco conceptual de esta dimensión. Este experto consideró importante verificar el mecanismo utilizado por el Estado para evaluar el presupuesto asignado, tendiente a conocer si el mismo se realiza según la medición de resultados. Al respecto hizo mención a los modelos de gestión de presupuestos, explicando que el modelo de presupuesto por resultados es un nuevo enfoque en la estrategia de gestión pública, superadora del modelo por insumos usualmente utilizado.

En dicho modelo se vincula la asignación de recursos a resultados medibles que requieren de una definición previa de los resultados a alcanzar a través de indicadores verificables. De esta manera, se agregó una subdimensión absorbiendo la recomendación del experto, en lo que se constituyó como Matriz II.

Al ser expuesta al Lic. Gorbacz, observó la conveniencia de explicitar en el indicador de resultado que evalúa el aumento o disminución del presupuesto para el sector de salud mental, el valor de referencia del 10% del presupuesto total de salud, expuesto en el ya mencionado Art. 32 de la Ley Nacional de Salud Mental y recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

Por su parte, la Lic. Arriagada juzgó como valioso recolectar información que permita monitorear el presupuesto asignado por otros ministerios, en cumplimiento del Art. 2 de los Considerandos del Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental. En el mismo se decreta la creación de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros, al tiempo que se expone que cada ministerio afectará partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan, según su competencia, y que se adopten en la dicha Comisión.

Ambas recomendaciones fueron incorporadas en la Matriz III.

En relación con el último indicador mencionado, en continuidad con los aportes realizados para la dimensión capacidades estatales, la Lic. Amendolaro sugirió añadir el presupuesto destinado para el acceso a la vivienda por parte del ministerio correspondiente.

Asimismo, con relación a la distribución del presupuesto al interior del sector de salud mental, en el que figuraban instituciones, servicios y dispositivos sustitutos, la Lic. Amendolaro recomendó agregar las instituciones monovalentes. Dado que esta incorporación permitiría observar las modificaciones en las asignaciones presupuestarias indispensables para concretar la transformación del sistema sanitario en salud mental (reducción en los hospitales monovalentes y aumento en los otros servicios y dispositivos), se decidió absorber esta opinión.

Por otro lado, a juicio de la Dra. Pautassi, esta subdimensión debía ser completada con los siguientes aspectos:

- En el indicador que hace referencia a las fuentes del presupuesto, expresó la pertinencia de que la información a recabar esté desagregada según funciones y niveles de ejecución, cuestión que fue agregada al mismo indicador.
- La incorporación del porcentaje jurisdiccional, según Nación, Provincias y Municipios. Esta sugerencia derivó en la confirmación de recolectar datos sobre el porcentaje de financiamiento del sector según jurisdicción y en la formulación de un nuevo indicador apuntado a conocer el porcentaje aportado por Nación a los Estados subnacionales.

Subdimensión Evaluación del presupuesto asignado/ejecutado: tal como fue expresado previamente, esta subdimensión se agregó por recomendación del Dr. Ase.

Al ser sometida a juicio del resto de los expertos, sólo la Dra Pautassi hizo una mención específica a la misma, considerando conveniente explicitar que se trata tanto del presupuesto asignado como el ejecutado (en las Matrices II y III figuraba sólo el presupuesto asignado).

Los aspectos referidos por la Lic. Amendolaro y la Dra. Pautassi en las dos últimas subdimensiones, fueron incorporadas en la Matriz IV.

Al ser consultado nuevamente el Dr. Ase sobre las modificaciones realizadas en el contexto financiero y compromiso presupuestario, consideró que fueron pertinentes y que abarcan de manera completa la información necesaria a relevar en esta dimensión. De esta manera, al no tener nuevas recomendaciones, la matriz consultada a este último experto, se constituyó en la Matriz Final.

La misma se expone seguidamente.

3.3.3. Contexto Financiero y Compromiso Presupuestario: Matriz Final

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre asignación presupuestaria al sector</p>		
<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuentes. Funciones y niveles de ejecución. • Porcentajes de financiamiento del sector: porcentaje del gasto público en salud; porcentaje de salud destinado a salud mental. Por jurisdicción • Porcentaje aportado por Nación a los Estados subnacionales • Recursos extrapresupuestarios • Distribución del presupuesto al interior del sector de salud mental⁽¹⁾ • Presupuesto asignado por Ministerio de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo, Planificación y Seguridad Social, para el desarrollo de planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral y acceso a la vivienda 	<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución del presupuesto del sector de salud mental, según asignación presupuestaria y distribución al interior del mismo 	<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento / disminución del presupuesto en el sector de salud mental (valor de referencia: 10% del presupuesto total de salud) • Ejecución / subejecución del presupuesto

- Evaluación del presupuesto asignado/ejecutado	- Evaluación del presupuesto asignado/ejecutado según resultados <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de indicadores de resultados 	- Evaluación del presupuesto asignado/ejecutado según los indicadores de resultados
--	--	--

(1)

- Instituciones monovalentes, servicios y dispositivos sustitutos (servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia o residencias compartidas, casas de medio camino, centros y hospitales de día y de noche, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, programas de reinserción familiar y comunitaria, acompañamiento terapéutico, en base al Art. 11 de la Ley Nacional de Salud Mental)
- Adecuación de los servicios de salud mental de hospitales generales, plan de cierre de hospitales monovalentes
- Provisión de psicofármacos
- Recurso humano

Para finalizar el apartado de los resultados de la investigación, se cree importante expresar que las consultas a los expertos, tanto las llevadas a cabo a través de las entrevistas, como las realizadas por medio de correo electrónico, tuvieron una riqueza que probablemente no alcanzó a representarse en lo descrito en este punto, dado que fundamentalmente se hizo referencia a aquellos aspectos que derivaron en modificaciones de las matrices consultadas.

Las temáticas abordadas por los profesionales también giraron en torno a los fundamentos y la importancia de la ley, las experiencias profesionales e institucionales en los espacios de debates, formulación y difusión, las políticas públicas desde el enfoque de derechos humanos, entre otras importantes cuestiones.

En relación específicamente a los objetivos de esta investigación, todos los expertos tuvieron referencias positivas, considerando necesario contar con un instrumento que colabore con el seguimiento de la implementación de las leyes de salud mental.

Como consecuencia, las instancias de consultas excedieron las expectativas y la finalidad de las mismas, ya que no sólo posibilitaron llevar a cabo la investigación y la construcción de la Matriz de Indicadores, sino que también significaron un valioso espacio de aprendizaje y de intercambio.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para el desarrollo de este apartado se retoma el origen y el propósito de esta investigación.

El origen estuvo relacionado a la necesidad de contar con un sistema de información que permita conocer la transformación de los servicios de salud mental en su adecuación a la legislación vigente.

De este modo, se tuvo como propósito la construcción de una Matriz de Indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos, pretendiendo aportar al monitoreo y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud mental.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, a continuación se puntualizarán algunos aspectos relativos a los objetivos de esta investigación, a las categorías conceptuales estudiadas y a la construcción de la Matriz de Indicadores.

Acerca del proceso de investigación y el cumplimiento de los objetivos

Los objetivos específicos de esta investigación apuntaron por un lado, a identificar las dimensiones que comprenden las categorías conceptuales recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromiso presupuestario, a partir de las cuales construir los indicadores de salud mental desde un enfoque de derechos humanos.

Por otro lado se organizaron las dimensiones de cada una de las categorías conceptuales según señales de progreso y tipos de indicadores: estructurales, de proceso y de resultados.

La posibilidad llevar a cabo estos objetivos, fue producto del trabajo en el marco de una investigación de tipo cualitativo.

Tal como lo plantean diversos materiales, en los estudios cualitativos la recolección y el análisis de los datos ocurren prácticamente en paralelo, en interacción permanente y los datos van moldeando el análisis^{55,63,64}.

En congruencia con esta lógica, durante el proceso de investigación, a medida que se avanzó en la descomposición analítica de las dimensiones en

subdimensiones, fueron surgiendo los elementos para operacionalizar dichas dimensiones¹¹.

En otras palabras y teniendo presente el primer objetivo mencionado, a la par que se fueron identificando las subdimensiones de las categorías conceptuales estudiadas, los marcos conceptuales y normativos revisados a tal fin, fueron también brindando los elementos que permitieron la formulación de indicadores.

Igual situación ocurrió con el segundo objetivo específico; es decir con la organización de las subdimensiones e indicadores de acuerdo a la señales de progreso y tipos de indicadores: estructurales, de proceso y de resultados.

De esta manera y dada la accesibilidad y disponibilidad de los expertos consultados, se logró recabar una opinión completa, incluyendo como instrumento de consulta una matriz ya ordenada según las subdimensiones e indicadores de cada dimensión, y de acuerdo a la tipología de indicadores.

Tal como ya fue mencionado, producto de la lógica propia de las investigaciones de tipo cualitativo, el objetivo general dirigido a generar información para la construcción de una Matriz de Indicadores no sólo pudo ser concretado, sino que fue superado ya que se logró avanzar en la construcción misma de dichos indicadores, completando el proceso metodológico planteado y sometiéndolos a la consulta de expertos.

De esta manera, mediante esta investigación se construyeron los indicadores correspondientes a las categorías conceptuales estudiadas: recepción del derecho, capacidades estatales, y contexto financiero y compromisos presupuestarios. Los resultados surgidos de la línea de investigación llevada a cabo por la Lic. Mariana Illanes Passera produjo los indicadores de los principios transversales: acceso a la justicia, igualdad y no discriminación, y acceso a la información y participación

A través de los indicadores generados por ambos componentes del Programa de Investigación “Construcción de una matriz de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Aportes al monitoreo y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud mental”, se cumplió con el propósito de la primera fase de dicho programa, el cual apuntó a la construcción de una Matriz de Indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos, completando las seis dimensiones que incluye el modelo de la OEA.

Por otro lado, con relación al proceso llevado a cabo en esta investigación, se destacan los criterios descriptos para los estudios de tipo cualitativo, de acuerdo a los aportes realizados por diferentes autores:

- Credibilidad: la misma es lograda cuando el investigador ha captado el significado completo y profundo de la experiencia de los participantes con relación al planteamiento del problema⁶³; o cuando el conocimiento construido por el investigador está fundado en las construcciones de sentido de los sujetos que estudia⁶⁴.

Específicamente en esta investigación, este aspecto está relacionado con el análisis de las opiniones de los expertos acerca de las dimensiones, subdimensiones e indicadores, pudiendo identificarlas y respetar el sentido otorgado por los participantes, cuando dichas opiniones fueron incorporadas en la reformulación de los indicadores.

- Transferibilidad: se refiere a la posibilidad que un estudio pueda brindar pautas generales del problema estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas condiciones en otro ambiente similar⁶³, respetando los diferentes contextos que modelan cada situación, no siendo el objetivo la generalización de los resultados⁶⁴. Este criterio estaría garantizado al basarse la Matriz de Indicadores en estándares para el cumplimiento de los derechos humanos reconocidos internacionalmente y en particular para el derecho a la salud y el derecho a la salud mental (incluidos en la Ley Nacional de Salud Mental); debiendo considerarse la adaptación a contextos específicos de acuerdo a la realidad sociopolítica, económica y cultural particular, tal como lo expresan los documentos internacionales que sustentan esta investigación.
- Seguridad o auditabilidad: está representada por la posibilidad de seguir los procedimientos pautados para la obtención de los datos, permitiendo ser objeto de auditorías⁶⁴. Este criterio se relaciona con lo que Sampieri⁶³ denomina dependencia, es decir la verificación de la sistematización en la recolección y el análisis cualitativo, reduciendo los sesgos a través de la inclusión de varias fuentes de datos; la misma se demuestra proporcionando detalles específicos sobre la perspectiva teórica y el diseño utilizado, explicitando con claridad los criterios de selección de los participantes y herramientas para recolectar datos, ofreciendo explicaciones sobre los métodos empleados y especificando el contexto de la recolección de los datos.

En el marco de esta investigación, la totalidad de aspectos fueron respetados y detallados oportunamente en los diferentes apartados del presente informe.

De acuerdo a lo descrito, se puede considerar que la investigación se realizó siguiendo los criterios de calidad esperables dentro del rigor de la metodología de la investigación cualitativa, proceso a través del cual se logró la concreción de los objetivos planteados.

Acerca de las categorías conceptuales

Como ya fue mencionado, la temática de salud mental y derechos humanos es una cuestión que se viene trabajando desde hace varias décadas, tanto desde los organismos internacionales de derechos humanos, como desde la OMS/OPS, así como desde diversas organizaciones de la sociedad civil, los trabajadores del área y los propios usuarios y sus familiares.

Con las particularidades propias de cada uno de estos actores, esta insistencia estuvo referida, por un lado, a la denuncia de las innumerables violaciones a los derechos humanos producidas por un sistema asistencial asilar y manicomial perimido; y por otro, en la urgente necesidad de la incorporación de legislaciones respetuosas de los derechos humanos de las personas usuarias del sistema de salud mental, como marco para la transformación de la política en este campo.

La Ley de Salud Mental es un gran avance en esta dirección, así como su Reglamentación y el reciente Plan Nacional de Salud Mental.

De esta manera, el desafío actual está representado por la traducción de la intención puesta en la letra de estas herramientas, en acciones concretas que pongan en juego la voluntad real de los gestores de las políticas, así como la capacidad del Estado para llevar a cabo las reformas necesarias para la transformación del sistema al paradigma de los derechos humanos.

Con el fin de monitorear los avances o retrocesos de estas brechas es que trabajó en la construcción de la Matriz de Indicadores.

El proceso de elaboración de la misma y, en particular, la consulta con los expertos, trajeron a luz algunas cuestiones relacionadas con este objetivo y con cada una de las dimensiones estudiadas, que merecen ser remarcadas:

- La verificación de las obligaciones asumidas por el Estado en el plano del derecho internacional, incluida en la dimensión **recepción del derecho**, enmarcan el derecho específico en cuestión, en este caso la salud mental, dentro de otras normas o reglas relativas a los derechos económicos, sociales y culturales. Siguiendo el principio de la interdependencia de los derechos humanos, subrayan el compromiso formal del Estado por integrar políticas de protección de los mismos.

En la misma línea de análisis y en un plano más concreto de asunción de sus responsabilidades, se presentaron los aportes y debates acerca de la necesidad de realizar un seguimiento de la adecuación de otras leyes o normativas a la Ley Nacional de Salud Mental.

Ambos elementos ponen de manifiesto la complejidad y amplitud de los diversos aspectos que se entrelazan en las cuestiones relativas a la salud mental, así como la diversidad de ámbitos donde los derechos de las personas con padecimiento mental pueden ser vulnerados.

También revelan las configuraciones sociales en torno a las mismas, en forma de rígidos estigmas sociales, los juegos de intereses de los diferentes sectores, entre otros complejos aspectos.

Tal panorama se configura de manera agravada para la situación de las personas con uso problemático de drogas. En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental representa un avance al dejar establecido a las adicciones como parte de los problemas de salud mental y a la estrategia de reducción de daño, como el dispositivo para su abordaje. No obstante esto, se espera también otros cambios legislativos (en especial sobre la ley de estupefacientes) que apunten a fortalecer su concepción como sujetos de derechos, erradicando la representación imperante que los asocia con la violencia y el delito.

De este modo, no alcanza sólo con examinar los marcos normativos específicos al derecho a la salud mental, sino que los mismos deben ir acompañados de manera complementaria con otras leyes que direccionen políticas de incorporación progresiva de mayores estándares de derechos, en una agenda amplia y abarcativa por parte de los diferentes poderes del Estado.

- La consideración conjunta de las dimensiones capacidades estatales y contexto financiero y compromisos presupuestarios, evidencian el grado de involucramiento efectivo por parte del Estado en el cumplimiento de las

obligaciones jurídicas asumidas y evaluadas en la dimensión Recepción del Derecho.

En **capacidades estatales** se incluyó específicamente la política de salud mental, vehiculizada a través del Plan de Salud Mental (con detalles referidos tanto la formulación del mismo, la creación, acceso y cobertura de la red de servicios con base en la comunidad, como así también la acciones tendientes a la adecuación de los recursos humanos). También estuvieron considerados otros recursos, áreas y estrategias, indispensables para llevar a cabo los procesos de reforma en el sector. Los mismos apuntan fundamentalmente a la creación de instancias interinstitucionales e intersectoriales, que darían la posibilidad de contar con programas específicos de inclusión social, laboral y de vivienda, así como con una red de servicios de salud mental en los tres niveles de atención de salud.

Al igual que se analizaba en la dimensión anterior, la implementación de la transformación en salud mental, implica la interrelación de varios componentes y áreas, sin las cuales no sería posible la ejecución de las acciones tendientes a respetar, proteger y restituir los derechos de las personas.

Del mismo modo, juega un rol fundamental el Estado como control de la integralidad de las acciones, velando por su implementación también en el sector privado y de obras sociales.

Todos estos aspectos, que figuran en las recomendaciones expresadas en los documentos internacionales, se absorbieron en la Matriz de Indicadores, a la vez que están incorporados en la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario, por lo que las subdimensiones delimitadas no pueden considerarse sino interrelacionadas entre sí.

Lo mismo sucede con los indicadores de la dimensión **contexto financiero y compromisos presupuestarios**, destinados a evaluar el progresivo y efectivo esfuerzo que el Estado deberá realizar en la asignación presupuestaria, con el fin de ejecutar lo previsto en sus políticas.

De esta manera, las diferentes dimensiones intentan evidenciar la progresión de la responsabilidad del Estado en el cumplimiento de sus obligaciones en relación con el derecho a la salud para toda la población. Es decir la traslación de un nivel de compromiso formal (recepción del derecho) hacia la asunción efectiva del mismo (capacidades estatales y compromiso presupuestario).

A partir de lo descripto, se insiste en señalar sobre la complementariedad de las dimensiones estudiadas.

Otro eje de análisis lo constituyen las **cuestiones específicas relativas al derecho a la salud en general y a la salud mental en particular**, tenidas en cuenta en el proceso de definición de las subdimensiones e indicadores.

Si bien estos elementos se encuentran en la totalidad de las categorías conceptuales, han tenido un lugar relevante dentro de las capacidades estatales y, más específicamente, en la subdimensión Plan Nacional / Provincial de Salud Mental:

- Como la propia Ley Nacional de Salud Mental lo establece, se considera parte de la misma a diversos documentos de la OMS/OPS, incorporando así lo que los organismos internacionales específicos en salud vienen promulgando con mayor énfasis en las últimas décadas.

El Art. 2 de la ley hace referencia particularmente a la Declaración de Caracas (1990)³⁵ y a los Principios de Brasilia. Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las américas (2005)⁴². En dicha Declaración se planteó el papel obsoleto e indigno de la atención en el manicomio y la necesidad de llevar a cabo una reforma psiquiátrica. Se 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, acciones de protección de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales. De este modo, la Declaración se ha constituido como una importante plataforma de orientación para impulsar políticas desinstitucionalizadoras y de base comunitaria en el campo de la salud mental.

En el año 2005, se realizó en la ciudad de Brasilia, la Conferencia Regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas⁴², donde se evaluó el tiempo transcurrido y se establecieron nuevas direcciones para el trabajo. A partir de este encuentro se formularon los mencionados Principios de Brasilia, en donde, a pesar de reconocer avances en algunas experiencias de la región, se reiteraron la validez de los principios rectores de la Declaración de Caracas, al tiempo que se advirtió sobre los nuevos desafíos que deben afrontar los servicios de salud mental.

Estos desafíos están relacionados con lo que se van configurando como nuevas problemáticas que exigen respuestas adecuadas desde el sector. Estos organismos han comenzado a evidenciar en los últimos años, diferentes problemáticas actuales y emergentes; las mismas están referidas a violencia, problemas psicosociales de grupos vulnerables (niñez y adolescencia, adulto mayor, mujer), salud mental en situación de desastres y emergencias, suicidio, entre otras. Estos planteos, parecieran reflejar una mirada más abarcativa de la salud mental, que intenta exceder la categoría de enfermedad mental utilizada por la OPS y la OMS en los diferentes estudios sobre prevalencia y su lugar en la carga global de las enfermedades.

Otro aspecto que es estudiado por los expertos de la OPS/OMS para analizar los desafíos en el campo salud mental, son las denominadas brechas. Por un lado refieren a las brechas de tratamiento, expresada como la proporción de personas enfermas que necesitan atención y no la reciben⁴⁵.

Asimismo Saraceno⁶⁵ analiza que en el campo de la salud mental se suma otra dificultad, descrita como brecha en la calidad de atención. La misma es entendida como la proporción de personas con padecimiento mental que no acceden a tratamiento específico adecuado. Con esto hace referencia a la asistencia llevada a cabo en los países de la región, de corte eminentemente manicomial, donde no sólo los pacientes no reciben la atención adecuada, sino que con frecuencia son violados sus derechos humanos y son víctimas del estigma y la discriminación que rodea la enfermedad mental.

Precisamente esta situación, es decir los altos porcentajes de personas con padecimiento mental que no acceden al tratamiento específico, se configura también como un problema de relevancia dentro del campo, al tiempo que los que acceden, lo hacen a tratamientos que no son los adecuados.

Estos componentes asociados a la transformación de las prácticas, las problemáticas prevalentes y las emergentes, así como las brechas, han servido de base y se ven reflejados en los indicadores que refieren específicamente a los avances en la implementación del Plan de Salud Mental y en el cumplimiento de sus metas (indicadores de proceso y de resultados).

- La evaluación de estos avances se hace necesaria, teniendo en cuenta las experiencias de otros países de la región. Al respecto, Rodríguez⁶⁶ plantea que si bien la mayoría de los países de América Latina y el Caribe han progresado con relación a la formulación de políticas y planes congruentes con las

recomendaciones de la Declaración de Caracas -contando con políticas de salud mental conceptualmente bien diseñadas, con eje en modelos comunitarios, descentralización y atención primaria-, el problema se presenta en la implementación de las mismas.

Tal situación puede verse reflejada en que el 75% de los países de la región disponen de un Plan Nacional de Salud Mental, pero al analizar los datos brindados por una autoevaluación llevada cabo en 19 países de Latinoamérica, se registra que 8 tienen un avance en la implementación de sus políticas entre en 25% y un 50%, y 3 están por debajo del 25%. Es decir que, de acuerdo con estos datos, más de la mitad de los países tienen un índice de ejecución por debajo del 50%⁶⁶.

- Asimismo, tal como fue descrito oportunamente en la formulación de los indicadores, se tuvieron en cuenta los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud con relación a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, expuestos en las Observaciones Generales aprobadas por el Comité de derechos económicos, sociales y culturales, Observación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud³².

De esta forma, se considera que la Matriz de Indicadores reformulada con la opinión de los expertos consultados, ha logrado incorporar los principales contenidos considerados en el contexto internacional y regional, tanto por los organismos de derechos humanos, como los específicos de salud.

No obstante, es necesario analizar lo expuesto a través de los marcos referenciales desarrollados sobre que las políticas públicas dirigidas a cumplimentar con el derecho a la salud y la salud mental, deben abarcar los determinantes sociales^{30,32}. Como también fue resaltado anteriormente, tal posición es reconocida expresamente en la Ley Nacional al considerar que la salud mental está determinada por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, y al involucrar a otros derechos humanos tanto en la preservación como en el mejoramiento de la salud mental de las personas (Art. 3)⁶.

A pesar de estas consideraciones, luego del proceso metodológico de construcción de la matriz, dentro del conjunto de subdimensiones e indicadores, han prevalecido aquellos destinados a monitorear diversos aspectos que hacen

fundamentalmente al derecho a la atención de salud mental. Tal situación es consecuencia del propósito mismo de la matriz: al tratarse de un instrumento para monitorear la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, la cual a su vez se refiere a las responsabilidades y obligaciones del Estado en pos del cumplimiento del derecho a la salud mental, principalmente a través de las acciones del sector sanitario.

Sin embargo, toda vez que este marco legal hace referencia a aspectos que involucran los determinantes sociales, se intentó que los mismos estuvieran reflejados, como puede observarse en los indicadores de capacidades estatales que se refieren al sostenimiento de los procesos de externación (programas de inclusión laboral, de vivienda y de acceso a DNI), así como los incluidos en la subdimensión de instancias intersectoriales e interinstitucionales.

Otro aspecto que merece una reflexión lo conforma la subdimensión relativa a los recursos humanos. Los desarrollos actuales específicos en la temática incluyen otros aspectos además de la capacitación y la conformación de los equipos señalados en los indicadores. A pesar que los expertos reconocieron estos factores como los esenciales y que el marco normativo hace hincapié en los mismos, dado que los recursos humanos representan un elemento clave para llevar adelante la reforma del sector tal como lo refleja la experiencia de Río Negro⁵³, debieran incorporarse indicadores relacionados con la gestión de los mismos, su regulación, condiciones de trabajos, entre otros.

Acerca de la Matriz de Indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos

Antes de comenzar a analizar estos aspectos, resulta necesario contextualizar la presente investigación como parte del Programa de Investigación “Construcción de una matriz de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Aportes al monitoreo y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud mental”.

Esto se fundamenta en la importancia de realizar algunas consideraciones sobre la totalidad de la Matriz de Indicadores, retomando el modelo elaborado por la OEA y recuperando la integralidad del mismo.

Dicha integralidad está dada en la complementación de los resultados arribados a través del presente estudio y en la investigación “Construcción de indicadores de salud mental desde un enfoque de derechos humanos. Fase de recolección de información relativa a los principios transversales de igualdad y no discriminación, acceso a la justicia y acceso a la información y participación”, llevada a cabo por la Lic. Mariana Illanes Passera. (Ver Anexo 5. Pag. 154)

Con respecto a la argumentación de las dimensiones incluidas en esta última investigación, en el Documento Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el Protocolo de San Salvador²⁶, se establece que “respecto a cada derecho protegido debe considerarse los siguientes enfoques: equidad de género, grupos especiales de personas -niños, adultos mayores, personas con discapacidades-, diversidad étnica y cultural -en particular pueblos indígenas y afrodescendientes, y la incidencia de la sociedad civil en la formulación de avances legislativos y políticas públicas”.

La CIDH³ considera como forma de incorporar este mandato en la propuesta de indicadores, la formulación de indicadores cuantitativos y señales de progreso cualitativas sobre temas transversales a todos los derechos. De esta manera se procura medir aspectos vinculados con “algunos mecanismos y políticas que debe disponer el Estado para asegurar protección y un adecuado nivel de información, participación, transparencia y rendición de cuentas. También a los recursos y capacidades con que deben contar las personas y en especial los sectores sociales que se encuentran en situación de desventaja o desigualdad, para involucrarse en la adopción de las políticas de gobierno; poder exigir a las autoridades públicas el cumplimiento de sus obligaciones, para fiscalizarlas y recurrir a sistemas de responsabilidad en casos o situaciones de incumplimiento de esas obligaciones”¹³.

En el marco específico de la Matriz de Indicadores de salud mental desde el enfoque de los derechos humanos, siguiendo los conceptos definidos desde la OEA, los principios transversales apuntaron a monitorear los siguientes aspectos:

- Acceso a la justicia: se incluyeron indicadores tendientes a evaluar la posibilidad de acceso a mecanismos administrativos y judiciales de reclamos y protección del derecho a la salud mental, así como aspectos relativos a las internaciones involuntarias y la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental.

- Igualdad y no discriminación: apuntado a la identificación de los grupos que requieren una especial atención y protección por encontrarse en desventaja para la exigencia de la garantía del derecho en cuestión, impidiendo diferencias de trato arbitrario que limiten, restrinjan o anulen el ejercicio de los derechos; también se tuvo como objetivo absorber el concepto de igualdad material o sustantiva. En esta dimensión se incluyó la adhesión del Estado a documentos internacionales específicos, las políticas activas de protección al derecho a la salud mental para grupos etarios (niños, adolescentes y adultos mayores) y grupos en situación de vulnerabilidad (mujeres, personas con discapacidad, exclusión social, situación de encierro, niños, adolescentes en conflicto con la ley penal, inmigrantes, pueblos originarios, minorías étnicas y zonas geográficas desventajadas), y la existencia de instancias para efectivizar denuncias por discriminación basadas en el padecimiento mental actual o pasado.
- Acceso a la información y participación: esta dimensión apuntó a monitorear la obligación del Estado sobre de la rendición de cuentas de sus acciones, reflejando el reconocimiento del derecho a la información, la identificación y disponibilidad de la información necesaria para el ejercicio de la veeduría ciudadana. También se incluyeron cuestiones específicas relacionadas a la difusión del derecho a la salud mental, así como el derecho al resguardo de la información y la opinión de las personas usuarias de los servicios de salud mental, a través del consentimiento informado y la confidencialidad.
Por otro lado, los indicadores apuntaron a verificar los mecanismos de participación social y los organismos de vigilancia y control de derechos humanos con atribuciones para supervisar o inspeccionar los efectores de salud mental.

Como se mencionó, este desarrollo fue necesario ya que las puntualizaciones que se realizan a continuación corresponden a un análisis de todas las dimensiones incluidas en la Matriz de Indicadores, apuntando a la totalidad de las categorías conceptuales y los principios transversales (la matriz completa se incluye el Anexo 5. Pag. 144).

Primeramente se resaltan diversos aspectos obtenidos de las **opiniones de los expertos relativos a la construcción de la matriz y al contenido incorporado en la misma:**

- En primer lugar, se destaca que todos los expertos consultados tuvieron opiniones expresamente positivas, valorando la oportunidad de la elaboración de indicadores que permitan la evaluación de políticas en salud mental en el contexto actual. Se mostraron motivados en participar en la presente investigación, resultaron muy accesibles al momento de concretar la consulta y manifestaron gran disposición e interés al brindar sus opiniones.
- Se subraya que existió un acuerdo por parte de los expertos acerca de la utilidad de la Matriz de Indicadores para organizar la información que permita realizar un seguimiento de la política pública en salud mental, así como de aquellas políticas de otros sectores que están comprometidos y son corresponsables del proceso de transformación del área de salud mental.
- En relación con la decisión de construir la Matriz de Indicadores en base al modelo elaborado por la OEA, los expertos coincidieron que el conjunto de subdimensiones e indicadores incluidos, reflejan acabadamente las dimensiones y abarcan la información completa y necesaria de acuerdo al objetivo para la que fue elaborada. Del mismo modo consideraron conveniente la organización de los indicadores según estructura, proceso y resultado. Otro aspecto en donde se encontró concordancia entre los expertos, fue con respecto a la importancia de que la matriz incorpore datos de tipo cualitativo, a través de la elaboración de señales de progreso.
- Siguiendo esta misma línea de análisis relacionado al modelo utilizado, se hace necesario describir que a medida que se fue avanzando en la adaptación de las dimensiones, subdimensiones e indicadores para el campo específico de la salud mental, fue necesario ir tomando decisiones acerca de la organización y distribución de estos componentes, con el fin de evitar la duplicación de la información. Algunas de las decisiones fueron expresamente consultadas a los expertos, otras fueron tomadas en forma conjunta y otras decisiones fueron adoptadas a medida que se avanzó en el análisis de los datos, no encontrándose opiniones contrarias en las consultas posteriores.

En este punto, se destaca la relevancia que tuvo la consulta realizada a la Dra. Pautassi, al ser esta experta, miembro del Grupo de Trabajo de la OEA que produjo los documentos tomados como base. Con respecto

particularmente a este tema, esta profesional no sólo no emitió objeciones para las decisiones tomadas, sino que tuvo palabras positivas para con el trabajo.

- El interés de los expertos en la Matriz de Indicadores fue demostrado no sólo en las apreciaciones respecto de la misma, sino también en la solicitud de contar con el instrumento final una vez concluida la investigación, con el fin de darlo a conocer a otras instituciones y actores del área. Asimismo varios de ellos brindaron su apoyo e incentivo en seguir profundizando sobre esta temática, tanto a través de la elaboración de los instrumentos necesarios para la recolección de la información requerida en la matriz, como en la aplicación concreta de la misma y su difusión.

Como resultado del **proceso metodológico llevado a cabo para la formulación de indicadores** durante la presente investigación, se destaca lo siguiente:

- Siguiendo los materiales que refieren a la construcción de indicadores, se podría concluir que se concretó la etapa de operacionalización.

Según Cecchini⁶⁷, la operacionalización se refiere a la claridad del proceso de construcción del indicador, en el sentido de que según este autor, “debe ser conocido y claro cómo se construyó el indicador con el objeto de que esa operación pueda ser replicada por otros”

De acuerdo con lo planteado por Sandoval Terán¹¹, se entiende por este término al proceso de definición de aquellos indicadores que permitan conocer el comportamiento de una variable, partiendo de una conceptualización teórica sobre la misma y de las dimensiones en las que puede desagregarse. Al respecto, la autora expresa: “Antes de elegir un indicador debemos definir conceptualmente el área, problema o concepto a estudiar, por lo que se requiere de conocimiento previo sobre el tema. Generalmente se parte de una noción agregada, luego se definen las dimensiones y subdimensiones de análisis y por último se desagregan en variables o en indicadores completos. Los indicadores serán las expresiones medibles de dichas variables. Encontrar cuáles son los indicadores que permiten conocer el comportamiento de las variables es lo que se conoce como `operacionalización`. Para operacionalizar una variable se parte de la definición teórica y si se trata de un fenómeno complejo, de las dimensiones en las que se puede descomponer la misma”.

- En el documento Apuntes sobre el seguimiento al Protocolo de San Salvador¹³, el Instituto Interamericano de Derechos Humanos enumera una serie de características que deben reunir los indicadores. A partir de la consulta con los expertos, se podría considerar que se ha logrado otorgar a los indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos incluidos en la matriz, las siguientes cualidades:

- **Pertinencia:** evaluada por la correspondencia con los objetivos y la naturaleza de lo que se quiere medir.
- **Relevancia:** en la medida en que reflejan el aspecto esencial de la realidad que buscan expresar y pueden servir para la toma de decisiones. El logro de ambas características fue determinante en la elección de la técnica de recolección de datos llevada a cabo en esta investigación. A través de la consulta a expertos se buscó fundamentalmente la definición de aquellos aspectos centrales a ser monitoreados en las políticas de salud mental, de modo tal que permitan captar si se van produciendo las transformaciones necesarias. Asimismo se buscó que pudieran convertirse en insumo para la toma de decisiones, aspecto que fue corroborado también con el juicio de los participantes.
- **Sensibilidad:** en tanto son capaces de reflejar el cambio de las variables en el tiempo o que pongan de manifiesto si se están realizando progresos y alcanzando los objetivos. Tal característica está representada fundamentalmente por su organización en indicadores estructurales, de proceso y de resultado.
- **Suficiencia:** por sí mismos expresan el fenómeno, sin explicaciones y sin redundancias. Las sucesivas consultas con los expertos también permitieron ir cotejando el aspecto formal de los indicadores formulados; toda vez que el mismo no permitía la enunciación clara de los elementos a ser medidos, se fue readecuando su redacción.

Por otro lado, en la formulación de los indicadores incluidos en la matriz se siguieron las **características específicas para los indicadores de derechos humanos** explicitadas por diferentes autores y organismos:

- Sandoval Terán¹¹ refiere que la distinción principal de los indicadores de derechos humanos es su relación con el contenido normativo; derivan de

normas, las reflejan y vigilan su cumplimiento. Del mismo modo, en el Informe del Relator Especial de la ONU sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de Salud Física y Mental, Hunt⁵ refiere que el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud requiere de la correspondencia, con cierto grado de precisión, a una norma del derecho a la salud.

Al respecto, en el propósito mismo de la Matriz de Indicadores está explicitado el marco normativo que se pretende monitorear. Por otro lado, en la dimensión recepción del derecho específicamente se retoma este aspecto, al tiempo que la totalidad de los indicadores se encuentran incorporados en los articulados de la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario.

- En este mismo informe⁵ se expresa que los indicadores de salud pueden utilizarse para supervisar aspectos de la realización progresiva del derecho a la salud siempre y cuando:

- Estén desagregados al menos por sexo, raza, etnia, población rural o urbana y condición socioeconómica.

El respeto por esta característica se encuentra específicamente en la dimensión igualdad y no discriminación (incluida en Anexo 5. Pag. 157)

- Estén complementados por indicadores adicionales que supervisan las características esenciales e interrelacionadas del derecho a la salud: una estrategia y un plan nacional de acción que incluyen el derecho a la salud; la participación de particulares y grupos en la formulación de las políticas y los programas de salud; acceso a la información sobre la salud, así como la confidencialidad de los datos personales sobre la salud; mecanismos accesibles y eficaces de supervisión y de rendición de cuentas.

Estos elementos se hallan incluidos fundamentalmente en capacidades estatales, igualdad y no discriminación, y acceso a la información y participación (las dos últimas se presentan en pag. 157 y 159 respectivamente del Anexo)

- Por su parte, la OEA en sus diferentes documentos^{3,4,13,27} expresa que con los indicadores de derechos humanos se procura medir la realización progresiva de los derechos, así como los factores estructurales que determinan la posibilidad de acceso efectivo a los mismos.

Según este organismo, esto se logra a través de indicadores que releven información sobre: -la forma de reconocimiento constitucional y legal de los derechos en cada país; -los mecanismos de participación, transparencia y rendición de cuentas disponibles; -el diseño institucional de políticas, programas y servicios sociales que organiza el Estado para realizar los derechos; -los problemas de accesibilidad, publicidad y pertinencia cultural de esos servicios; -el funcionamiento de los sistemas de justicia; -la capacidad de las personas de exigir los derechos de los que son titulares, entre otros.

Estos elementos no sólo están considerados a lo largo de las diferentes dimensiones de la Matriz de Indicadores, sino que le otorgan el fundamento teórico a la misma.

No obstante estos avances, de acuerdo a lo previsto en el Programa de Investigación del cual este estudio forma parte, existen **aspectos a seguir trabajando en la segunda fase "Aplicabilidad de la Matriz de Indicadores"**, los cuales están contemplados también en la literatura especializada.

- Un primer aspecto lo representa la necesidad de definir las fuentes y los instrumentos para la recolección de la información requerida por los indicadores que componen la matriz. Esta sugerencia también fue realizada por algunos de los expertos consultados, quienes, como ya se mencionó, incentivaron a continuar investigando en este sentido.

Al respecto la OEA establece que para lograr la efectividad de los indicadores cuantitativos y de las señales de progreso cualitativas, es fundamental la posibilidad de acceder a fuentes confiables y seguras de información, considerando de manera realista, el tipo y la calidad de la información disponible en cada Estado³.

A su vez advierte que “uno de los desafíos más comunes en el desarrollo de indicadores es que las organizaciones tienen una obvia tendencia a basarse en listas ideales de variables de información, que a pesar de ser deseables no pueden ser obtenidas por falta de fuentes, así como a la incorporación de variables que incluyen modelos teóricos complejos que no tienen ninguna oportunidad de ser realmente aplicados. Por ello, los expertos recomiendan que los indicadores deberían basarse en información que sea fácilmente accesible, pues si los datos para construirlos no están disponibles, o son muy

costosos de obtener, entonces el indicador pierde utilidad práctica, a pesar de ser teóricamente muy confiable y válido”¹³.

Los profundos déficit en la generación de información en el campo de la salud mental, ha sido expresado en diversos estudios⁸⁻¹⁰. En el Informe sobre problemáticas de salud mental. Recopilación de estudios e investigaciones⁹, se manifiesta que tal situación se evidencia a través de la escasa producción de investigaciones epidemiológicas; por otro lado, cuando las mismas se han llevado a cabo, existen serias falencias en la disponibilidad y acceso, así como también baja aplicabilidad de los resultados generados.

El escaso reconocimiento de la importancia que tiene la producción de datos por parte de los responsables de la gestión de las políticas públicas, se configura como el principal motivo de esta situación.

Al mismo tiempo, se refiere que “las dificultades de acceso también abarcan a la información originada desde organismos científicos de diferentes contextos y sectores. Las mismas generalmente no trascienden los ámbitos desde las cuales fueron generadas. Tal realidad da cuenta de la falta de políticas y acuerdos que tiendan a la apertura y coordinación de líneas de investigación y al intercambio interinstitucional, superando la disociación entre el ámbito científico - académico y el político – técnico”⁹.

De esta manera, se refuerza lo ya expresado en dicha producción, acerca de que los marcos legales marcan un modo de concebir al sujeto, los problemas y sus formas de resolución. No obstante estos avances, los cambios profundos y necesarios, implican un proceso que puede verse obstaculizado por diversos factores, entre ellos, la falta de información que permita ir monitoreando y evaluando el proceso.

Sin embargo, se destaca que la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, recientemente ha comenzado tanto a realizar investigaciones, como a sistematizar información, reconociendo la importancia de contar con datos que sirvan de base para la planificación de las políticas del área. Al mismo tiempo, se considera importante la función del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, sirviendo de núcleo y organización de la información que se obtenga.

Dado los déficit señalados, la Matriz de Indicadores podría orientar a que los propios equipos de investigación produzcan información y que la misma pueda

sostenerse en el tiempo. Por otro lado, también podría incentivar hacia una lectura crítica de los escasos datos estadísticos a los que se logre acceder.

- Como consecuencia de estos factores, en el marco del Programa de Investigación, se considera indispensable el desafío de poder establecer la disponibilidad de la información actual, así como la que se debiera producir, elementos previstos para ser abordados en la segunda fase.

Estos aspectos además permitirán revisar y redefinir los indicadores incluidos en la matriz, otorgándoles las características de:

- Factibilidad: en la medida en que la información para los indicadores estuviera disponible¹³.
 - Económicos: pudiendo realizarse un balance entre lo que se mide frente a lo que cuesta recoger la información y así optar por los indicadores más simples y menos costosos¹³.
- Otro de los aspectos a seguir desarrollando es la consideración hacia un proceso participativo en la definición de los indicadores de salud mental con enfoque de derecho, tal como lo plantea el mismo enfoque.

Como complemento de lo anteriormente expuesto, una estrategia “para mejorar la adecuación y pertinencia de las políticas y servicios y, por consiguiente, la realización progresiva de los derechos, consiste en asegurar a la sociedad civil, a las organizaciones no gubernamentales, aquellas que representan la organización social de los propios sectores destinatarios de las políticas, una voz en la elaboración e implementación de las diversas estrategias públicas”⁴.

Dentro de las mismas se pretende la participación de estos sectores no sólo en la definición del alcance del derecho y en el diseño y en la implementación de las políticas para garantizarlo, sino también en los procesos para monitorear su avance y exigir su cumplimiento²⁷.

En síntesis, la concreción de la segunda fase "Aplicabilidad de la Matriz de Indicadores" prevista en el Programa de Investigación, implican la adaptación y el perfeccionamiento de la misma de modo tal de convertirla, siguiendo lo recomendado por la OEA, en un sistema realista, realizable y establecido con la participación de las personas cuyos derechos se ven afectados²⁷.

Luego de concluida la presente investigación y habiendo logrado los objetivos planteados, se reconoce y agradece la participación de los expertos, no sólo por lo indispensable que resultaron para llevarla a cabo, sino también por su compromiso y el importante papel que desempeñan en el campo de la salud mental. De igual modo, por la disposición a participar, por lo enriquecedora que resultaron cada una de las consultas y entrevistas realizadas, y por el incentivo brindado a seguir produciendo en esta temática.

Como cierre de este informe, se recuerdan las palabras expresadas en la presentación oficial del documento Lineamientos para la elaboración de Indicadores de Progreso sobre derechos económicos, sociales y culturales, por el entonces Comisionado Víctor Abramovich:

“Este modelo de indicadores no es la única herramienta, ya que un sistema de indicadores no puede ser el único recurso de supervisión del cumplimiento del Tratado. Este sistema tiene límites objetivos muy claros y no sustituye a los estudios cualitativos, ni las visitas en terreno, ni los diálogos con los funcionarios y la sociedad civil, por ejemplo. En ocasiones, se pretende que los sistemas de indicadores de derechos funcionen como un prisma mágico que va a determinar con objetividad científica incuestionable el resultado de una tarea de supervisión. Pero no existe en mi opinión una aritmética que permita medir plenamente el cumplimiento o incumplimiento de obligaciones legales establecidas en un tratado. Los indicadores son indispensables para la supervisión, pero no agotan los recursos de supervisión. Si están bien pensados, deberían brindar información valiosa y coherente para orientar el proceso de evaluación y supervisión internacional. Si la información de los indicadores se complementa con otras vías de supervisión: informes alternativos de la sociedad civil, visitas al terreno, evaluación cualitativa, discusiones con agentes técnicos del Estado, puede permitir arribar a conclusiones más precisas sobre la brecha entre los derechos reconocidos y su implementación concreta en cada uno de los Estados”²⁷.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Asamblea General. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Documento en internet]. Nueva York: ONU; 1966 [consultado el 21 de Abril de 2013]. Disponible en: http://www.derhuman.jus.gov.ar/pdfs/PACTO_INTERNACIONAL_DE_DERECHOS_ECONOMICOS.pdf
2. Organización de Estados Americanos. Asamblea General. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador [Documento en internet]. San Salvador: OEA; 1988 [consultado el 21 de Abril de 2013]. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
3. Organización de Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Documento en internet]. Washington, D.C: OEA; 2008 [consultado el 21 Abril de 2013]. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>
4. Organización de Estados Americanos. Grupo de Trabajo. Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador [Documento en internet]. Washington, D.C: OEA; 2011 [consultado el 13 de Marzo de 2013]. Disponible en: <http://scm.oas.org/pdfs/2011/CP25807-II.pdf>
5. Naciones Unidas. Consejo Social y Económico. Los derechos económicos, sociales y culturales. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt [Documento en internet]. Ginebra: ONU; 2006 [consultado el 13 Abril de 2013]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/derechos/documents/PaulHunt07.pdf>
6. Ley Nacional de Salud Pública. Derecho a la Protección de la Salud Mental N° 26657. Boletín Oficial de la República Argentina, N° 32041, (03/12/2010).
7. Ley Provincial de Salud Mental de Córdoba N° 9848. Boletín Oficial del Gobierno de la Provincia de Córdoba, N° 208, (05/11/2010).
8. Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos [Homepage en Internet]. Córdoba: Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos; 2012 [actualizada 12 de Diciembre de 2012; consultado 12 de Diciembre de 2012] Disponible en: www.monitoreosmyddhh.com.ar

9. Illanes M., Scorza D. Problemáticas de salud mental. Recopilación de estudios e investigaciones [Texto en Internet]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología; 2011. Disponible en: <http://www.aulavirtual.psyche.unc.edu.ar>
10. De Lellis M, Di Nella Y. La perspectiva de derechos humanos en el campo de la salud mental. Buenos Aires: Universidad Nacional de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2007.
11. Sandoval Terán, A. Construcción de indicadores en materia de derechos humanos económicos, sociales, culturales y ambientales. Documento Base sobre el estado de la discusión a nivel mundial. [Documento en Internet] Ciudad de México: Programa Diplomacia Ciudadana, DESCA y Social Watch México de DECA Equipo Pueblo A.C; 2007 [consultado el 15 de Marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.equipopueblo.org.mx/desca/descargas/IndicadoresDESCA.pdf>
12. Argentina. Decreto Reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Boletín Oficial de la República Argentina (29/05/2013)
13. Organización de Estados Americanos. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Apuntes sobre el seguimiento al Protocolo de San Salvador a partir de indicadores de progreso. [Documento en Internet]. Washington D.C: OEA; 2011 [consultado el 21 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <https://www.iidh.ed.cr/multic/DefaultIIDH.aspx>
14. Naciones Unidas. Indicadores de Derechos Humanos. Guía para la aplicación y medición. 1º Edición [Documento en Internet]. Nueva York: ONU Oficina del Alto comisionado; 2012 [Consultado en 14 de Junio de 2012] Disponible en: www.ohchr.org/Documents/Publications/Human_rights_indicators_sp.pdfHR/PUB/12/5
15. Alén, H. Material de Curso Alcances y Perspectivas del Enfoque de Derecho [Documento en Internet]. Buenos Aires: Secretaría de Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación; 2012 [consultado el 15 de Julio de 2013]. Disponible en: <http://campusdh.gov.ar/>
16. Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Documento en Internet]. Ginebra: ONU; 1948 [consultado el 3 de Octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaracionUniversal.htm>

17. Organización de los Estados Americanos. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre [Documento en Internet]. Bogotá: OEA; 1948 [consultado el 3 de Octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
18. Naciones Unidas. Asamblea General. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Documento en Internet]. Ginebra: ONU; 1966 [consultado el 3 de Octubre de 2013]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>
19. Organización de los Estados Americanos. Conferencia Americana de Derechos Humanos. [Documento en Internet]. San José de Costa Rica: OEA; 1969 [consultado el 3 de Octubre de 2013]. Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
20. Abramovich V. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina. Documento preparado para Derechos y Desarrollo en América Latina. [Documento en Internet]. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales; 2004 [consultado el 10 de Octubre de 2013]. Disponible en: http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0057/enfoque_de_dchos_en_estrategias_y_politicas_desarrollo_Am_Lat.pdf
21. Eide A. Realización de los derechos económicos, sociales y culturales. Estrategia del nivel mínimo. Revista de la Comisión Internacional de Juristas, Nro. 43. Ginebra; 1989. En Abramovich V. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina. Documento preparado para Derechos y Desarrollo en América Latina. [Documento en Internet]. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales; 2004 [consultado el 10 de Octubre de 2013]. Disponible en: http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0057/enfoque_de_dchos_en_estrategias_ypoliticas_desarrollo_Am_Lat.pdf
22. Abramovich V, Pautassi L. (comp.) La medición de Derechos en las Políticas Sociales. Indicadores en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Más allá de la medición. Buenos Aires: Editores del Puerto; 2010.
23. Pautassi L. ¿Igualdad en la desigualdad? Alcances y límites de las acciones afirmativas [Texto en Internet] Sur Revista internacional de derechos humanos. 2006; Vol N° (6): pp 1 a 26. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/sur/v4n6/es_a05v4n6.pdf
24. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina para el alto comisionado. Comité de los DESC. Comité de la Convención Internacional contra la

discriminación de la Mujer (CEDAW). Relatores especiales de las Naciones Unidas. Anexo de los Estándares en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Documento en internet]. Ginebra: ONU; 2006 [consultado el 12 de Septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.cesr.org/downloads/ANNEX%20International%20Convention%20on%20ESC%20Rights.pdf>

25. Naciones Unidas. Declaración y Programa de Acción de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos [Documento en Internet] Viena: ONU; 1993 [consultado el 12 de Octubre de 2013]. Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_documentospub/LineamientosFIO/MODULO2%20FIO.pdf
26. Organización de los Estados Americanos. Asamblea General. Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el artículo 19 del Protocolo de San Salvador [Documento en Internet]. Washington, D.C: OEA; 2006 [consultado el 21 de Noviembre de 2013]. Disponible en: www.acnur.org/biblioteca/pdf/4290.pdf?view=1
27. Organización de los Estados Americanos. Grupo de Trabajo. Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. Segundo agrupamiento de derechos Salvador [Documento en Internet]. Washington, D.C: OEA; 2012 [consultado el 21 de Mayo de 2013]. Disponible en: www.acnur.org/biblioteca/pdf/4290.pdf?view=1
28. Naciones Unidas. Oficina del alto comisionado para los derechos humanos. Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos. [Documento en internet] Ginebra: ONU; 2006: [Consultado en agosto de 2012] Disponible en: http://www.2.ohchr.org/english/bodies/icm-mc/docs/HRI.MC.2006.7_Sp.pdf
29. Buriyovich J. y Pautassi L. Capacidades institucionales para una mayor equidad en el empleo. En María Nieves Rico y Flavia Marco (coordinadoras) Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. Buenos Aires, Siglo XXI editores: 2006. Citado por Organización de Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Documento en internet]. Washington, D.C: OEA; 2008 [consultado el 21 de Abril de 2013]. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>

30. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. [Documento en Internet] Ginebra: OMS; 2008 [consultado el 30 de Marzo de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
31. Ase I, Buriyovich, J. Una nueva gestión pública en salud: de la búsqueda de la eficiencia a la garantía de derechos. En Abramovich, V. y Pautassi, L. (comp.) La medición de Derechos en las Políticas Sociales. Indicadores en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Más allá de la medición. Buenos Aires: Editores del Puerto; 2010.
32. Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General N° 14. [Documento en Internet] Ginebra: CESCR; 2000 (E/C.12/2000/4). [Consultado el 25 de Agosto de 2012] Disponible en: http://confdts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/ESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Culhtml#GEN14
33. Rodríguez J, Kohn R, Levav I. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En Rodríguez J, editor: Salud Mental en la Comunidad. OPS. Washington: OPS; 2009. pp 27-38
34. Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales [Documento en Internet]. Luxor: Federación Mundial de la Salud Mental; 1989 [consultado el 3 de Diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Derechosmental.shtml>
35. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud. Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILOS). Caracas. Washington, D. C: OPS/OMS; 1990.
36. Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental [Documento en Internet] Washington, D.C: ONU; 1991 [consultado el 3 de Agosto de 2013]. Disponible en: www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm
37. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.

38. Organización Mundial de la Salud. Diez principios básicos de las normas para la Atención en Salud Mental [Documento en Internet] Ginebra: OMS; 1995 [consultado el 3 de Agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.cmdo.gov.ar/documentos/legislacion/oms-10princ-salud-mental.doc>
39. Organización de Estados Americanos. Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. [Documento en Internet]. Washington, D.C: OEA; 1999 [consultado el 3 de Septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>
40. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental [Documento en Internet]. Washington, D.C: CIDH; 2001 [consultado el 3 de Agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>
41. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud. Declaración de Montreal sobre la discapacidad mental [Documento en Internet]. Montreal: OMS/OPS; 2004 [consultado el 3 de Agosto de 2013]. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/sarrio/declaraciones%20manifiestos/D ecl%20Montreal.pdf
42. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud. Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas [Documento en Internet]. Brasilia: OPS/OMS; 2005 [consultado 30 de Octubre de 2013]. Disponible en: http://www.chubut.gov.ar/%2Fsalud%2Fblog%2Fimágenes%2FPRINCIPIOS_D E_BRASILIA.doc&ei=6CB5T9m2JontggeF9JmTDw&usq=AFQjCNFMfuzxrapn2 AoPzUwfwNbxULodiw
43. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Documento en Internet]. Nueva York: ONU; 2006 [consultado 22 de Junio de 2013] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
44. Organización Mundial de la Salud. MhGAP Programa de Acción para superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Versión preliminar en español. Ginebra: OMS; 2008.

45. Organización Panamericana de Salud. Estrategia y Plan de acción sobre salud mental. Washington, DC: OPS; 2009
46. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud. Consenso de Panamá [Documento en Internet]. Panamá: OPS/OMS; 2005 [consultado 30 de Octubre de 2013]. Disponible en: <http://organismos.chubut.gov.ar/saludmental/files/2010/02/Consenso-de-Panama1.pdf>
47. Centro de Estudios Legales y Sociales. Mental Disability Rights Internacional. Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental. [Documento en Internet] Buenos Aires; 2007 [consultado 30 de Abril de 2013] Disponible en: http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf
48. Centro de Estudios Legales y Sociales. Los derechos humanos en Argentina. Informe 2012 [Documento en Internet] Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2012 [consultado el 11 de Junio de 2013]. Disponible en: www.cels.org.ar/common/documentos/Informe2012.pdf
49. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Plan Nacional de Salud Mental. [Documento en Internet]. Buenos Aires; 2013 [consultado el 15 de Noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-10-29_Plan-Nacional-Salud-Mental.pdf
50. Regis, S. Producción de información para las políticas públicas: Observatorio de Salud Mental de Derechos Humanos de la Provincia de Córdoba. En Burijovich J, Berra C, Regis S. (Comp.) Los Derechos Humanos y las Prácticas en Salud Mental. Cuadernos de Trabajo Nº 2. Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos. Córdoba; 2011.
51. Centro de Estudios Legales y Sociales. Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia [Documento en Internet]. Buenos Aires: CELS; 2009 [consultado el 11 de Junio de 2013]. Disponible en: www.cels.org.ar
52. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental. IESM-OMS. Versión 2.1. Ginebra; 2011.
53. Cohen H, Natella G. Desmanicomialización. Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013.

54. Montero I, León O. Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International journal of clinical and health psychology*, 2002; vol. (2) número 003: pp. 503/508.
55. Bustingorry S, Sanchez Tapia I, Ibañez Mansilla F. Investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. En *Estudios Pedagógicos XXXII*, N° 1. Versión on line ISSN 0718-0705. [Documento en internet] Valdivia; 2006. Pp 119-133 [consultado 30 de Junio de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s071807052006000100007&script=sci_arttext
56. Carretero Dios H, Perez C. Normas para el Desarrollo y Revisión de Estudios Instrumentales. En *International Journal of Clinical and Health Psychology* [documento en Internet] 2005; vol 5 N° 003: Pp 521- 551 [Consultado el 12 de Mayo de 2013] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705307>
57. Rodriguez M, Buthet C, Scavuzzo J y Taborda A. Indicadores de resultados e impactos. Metodología de aplicación en proyectos participativos de hábitat popular. Córdoba: Mónica Galvani Edición Gráfica; 2004
58. Montero I, León O. *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: MacGraw-Hill; 2002.
59. Martinez M, Wolkowicz, A. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. En *Jurisprudencia Rosarina On Line*. [Documento en Internet] 2012; [Consultado 23 de Septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.editorialjuris.com/docLeer.php?idDoctrina=58&texto=>
60. Capria L, Díaz Fornis M F, Frías J, Garzón A C, Gimenez M, Gioja L, Oszurkiewicz J P, Zubiarrain P A, Baresi M S. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. *Capacidad Juridica: El derecho a ejercer derechos*. [Documento en Internet] 2012 [Consultado 20 de Septiembre de 2013] Disponible en <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/capacidad-juridica.pdf>
61. Gorbacz L. Exposición para la Comisión Bicameral de reforma del Código Civil y Comercial de la Nación. [Documento en internet]. Buenos Aires; 2012 [consultado el 14 de octubre de 2014]. Disponible en: http://ccycon.congreso.gov.ar/export/hcdn/comisiones/especiales/cbunificacioncodigos/ponencias/buenosaires/pdfs/063_leonardo_gorbacz.pdf

62. Abramovich V. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina. Documento preparado para derechos y desarrollo en América Latina 2004. Centro de Estudios Legales y Sociales [Documento en Internet] Argentina; 2004 [Consultado el 25 de Agosto de 2012] Disponible en: http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0057/enfoque_de_dchos_2n_estrategias_y_politicas_desarrollo_Am_Lat.pdf
63. Hernandez Sampieri, R. y otros. Metodología de la investigación. México D. F: Mc Graw Hill; 2010.
64. Mendizábal, N. Los componentes del diseño flexibles en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. (Coord). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa S. A; 2006
65. Saraceno B. La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. En La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas. [Documento en Internet] Washington, D.C: OPS; 2007. [Consultado el 15 de Noviembre de 2013]. Disponible en: [:http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2803/La%20Reforma%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20Mental.pdf?sequence1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2803/La%20Reforma%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20Mental.pdf?sequence1)
66. Rodriguez, J. Situación actual de la salud mental en América Latina y el Caribe desde la perspectiva de la OPS/OMS. Retos y proyecciones. En Cohen, H. (Comp.) Salud Mental y Derechos Humanos. Vigencia de los estándares internacionales. Buenos Aires; 2009. pp. 77 – 83.
67. Cecchini, S. Indicadores sociales en América Latina y el Caribe. Cepal. Santiago de Chile. 2005. En OEA. Apuntes Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Apuntes sobre el seguimiento al protocolo de san salvador a partir de indicadores de progreso. [Documento en Internet]. Washington D.C: OEA; 2011 [consultado el 21 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <https://www.iidh.ed.cr/multic/DefaultIIDH.aspx>

ANEXOS

Anexo 1: Curriculum Vitae abreviado de los expertos consultados

Anexo 2: Modelo de Consentimiento Informado

Anexo 3: Matrices II y III. Categorías conceptuales

Anexo 4: Documentos Internacionales. Recepción del derecho

Anexo 5: Matriz de Indicadores de salud mental desde un enfoque de derechos humanos

ANEXO 1. CURRICULUM ABREVIADO DE LOS EXPERTOS CONSULTADOS

- **Leonardo Gorbacz.** Lic. en Psicología. Autor de la Ley Nacional N° 26657 de Salud Mental. Asesor Jefatura de Gabinete de Ministros del Gobierno de la Nación. Secretario Ejecutivo de la Comisión Interministerial de Salud Mental y Adicciones. Ex Diputado Nacional.
- **Laura Pautassi.** Abogada. Especialista en Planificación y Gestión de las Políticas Sociales. Doctora en Derecho por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Experta Independiente del Grupo de Trabajo de la Organización de Estados Americanos para el Análisis de los Informes Nacionales previstos por el Protocolo de San Salvador. Investigadora Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales, A. Gioja, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Directora del Grupo de Trabajo Interdisciplinario sobre Derechos Sociales y Políticas Públicas, Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina. Consultora de la Unidad Mujer y Desarrollo, y de la División Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina. Profesora en la Maestría en Políticas Sociales de la Universidad Nacional de Buenos Aires, en la Maestría en Derechos Humanos y Políticas Públicas de la Universidad Nacional de Lanús, en la Especialización en Políticas Sociales de la Universidad Nacional de La Plata, y en el Diplomado en Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y la Organización para la Alimentación de Naciones Unidas. Investigadora y autora de numerosas publicaciones sobre derechos económicos, sociales y culturales y políticas públicas.
- **Iván Ase.** Médico. Magíster en Administración Pública Provincial y Municipal Área de Especialización en Administración de Políticas de Salud. Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Doctorando en Administración y Políticas Públicas Nacional de Córdoba. Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Jefe de Sección Socio Laboral en el Centro de Rehabilitación Socio Laboral

dependiente de la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental del Ministerio de Salud de Córdoba. Docente de la Maestría en Administración Pública, del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Profesor Adjunto de la Cátedra Teoría de la Administración Pública II de la Licenciatura en Ciencias Políticas de la Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina. Investigador y autor de numerosas publicaciones sobre políticas públicas en salud, salud mental y derechos humanos.

- **Roxana Amendolaro.** Lic. en Psicología. Se especializó en el Área Comunitaria y el campo de los Derechos Humanos. Actual Integrante de la Delegación Río Negro en el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Ex Coordinadora del Área de Salud de INADI Buenos Aires. Fue Coordinadora del Equipo de Salud Mental en el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Investigadora responsable de dicha Institución de la investigación que culminó con el Informe MDRI – CELS: Vidas Arrasadas. Ex Docente Regular en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires y del Posgrado de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Supervisora del proyecto en el Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales y Sociales (INECIP). Investigadora y autora de numerosas publicaciones sobre salud mental y derechos humanos.

- **Mariano Laufer Cabrera.** Abogado. Actual Coordinador de la Unidad de Letrados Art. 22 de la Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa (MPD). Representante del MPD ante el Observatorio de Discapacidad de la CONADIS. Representante suplente del MPD ante el futuro Órgano de Revisión de Salud Mental. Integró el grupo de trabajo de la Defensoría para aportar al proyecto de reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental. Ex Coordinador del Programa de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS): Área de Litigio y Defensa Legal y Equipo de Salud Mental - Miembro del equipo de investigación y de redacción del Informe "Vidas Arrasadas". Subsecretaría de Derechos Humanos de la Ciudad de Buenos

Aires. Forma parte del Comité Editorial de la Revista "Salud Mental y Comunidad" de la Universidad Nacional de Lanús. Docente en distintos cursos de salud mental y derechos humanos, y autor de diversas publicaciones sobre la temática.

- **Natalia Monasterolo.** Abogada. Doctoranda de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Tesis: "Derechos Humanos y Salud Mental. Funcionalidad del Sistema de Medidas de Seguridad Curativas previsto por la normativa penal argentina". Miembro del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la Ciudad de Córdoba. Colaboradora participante en la elaboración del Informe de la Memoria, Comisión para la Memoria, año 2013. Coautora del libro "Violencia Institucional. La construcción objetivo subjetiva de un nuevo concepto a través de las instancias de prevención, corrección y ejecución penal" Ed. Nuevo Enfoque Jurídico. Córdoba, Argentina. 2012.
- **Dirección Nacional de Atención a Grupos en situación de vulnerabilidad.** Secretaría de Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Participación activa para lograr la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y su decreto reglamentario 603/2013. Integrante del Órgano de Revisión. Miembro de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos. Equipo de profesionales consultados:
- **Malena Arriagada.** Licenciada en Psicología. Maestranda en Derechos Humanos, Estado y Sociedad (UNTREF- ECAE). Asesora Técnico-Profesional en Salud Mental y Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Miembro coordinador de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos.
- **Carlos Herbón:** Licenciado en Psicología. Psicoanalista. Miembro del equipo técnico del programa de Salud Mental y Derechos Humanos de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad de la secretaria de DDHH, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Miembro coordinador de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos

Humanos. Miembro del equipo preventivo asistencial del Centro de Día Carlos Gardel dependiente del Hospital Ramos Mejía, del ministerio de salud del CABA. Integrante de la comisión directiva de ARDA (Asociación de Reducción de Daños de la Argentina). Recientemente electo de la Asociación de Psicólogos de la Ciudad de Buenos Aires como titular del Tribunal de Honor.

- **Valeria Monópoli:** Abogada. Maestranda en Derechos Humanos, Estado y Sociedad (UNTREF- ECAE). Ex abogada del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Asesora jurídica de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación- Integrante de los equipos de la Dirección que abordan infancia, migración, discapacidad y salud mental. Participante de la Comisión permanente de Promoción y Protección de Derechos de Personas con Discapacidad de la Reunión de Altas Autoridades competentes en Derechos Humanos y Cancillerías (RAADDHH) del MERCOSUR. Representante de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación ante el Observatorio de la Discapacidad de CONADIS. Integrante de la delegación argentina ante el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU) en ocasión de la presentación oral del primer informe país (2012).

ANEXO 2. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente en la investigación denominada **“Construcción de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Fase de recolección de información relativa a las categorías conceptuales: recepción del derecho, contexto financiero y compromiso presupuestario, y capacidades estatales”**, a cargo de la Lic. Diana Scorza y dirigida por la Mgter. Jacinta Burijovich.

He sido informado/a que forma parte del Programa de Investigación “Construcción de una matriz de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Aportes al monitoreo y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud mental”, llevado a cabo el marco de las acciones del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba y que será presentada como Tesis de Maestría en Salud Mental (Facultad de Psicología – Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba)

He sido informado/a que el objetivo de la investigación apunta a generar información para la construcción de una matriz de indicadores que permita monitorear y evaluar políticas públicas en salud mental desde un enfoque de derechos humanos, en acuerdo con la legislación vigente.

Entiendo que se me ha consultado en calidad de EXPERTO, por lo que la opinión e información que yo brinde para esta investigación debe ser adjudicada a mi autoría, por lo que mis aportes no serán anónimos, ni confidenciales.

Entiendo que la información que yo brinde en el curso de la investigación no será usada para ningún otro propósito fuera de los del proyecto sin mi consentimiento.

He sido informado/a que puedo hacer preguntas sobre el proyecto y sobre mi participación en el mismo, contactando a la Lic. Scorza a través de la dirección de correo electrónico: dianascorza@yahoo.com.ar

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido y que puedo retirarme cuando así lo decida, sin que ello me resulte perjudicial.

Firma: Aclaración: Institución: DNI: Lugar y fecha:

ANEXO 3. MATRICES DE CONSULTA

Dimensión Recepción del Derecho. Matriz II

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Adhesión a Documentos internacionales o regionales sobre DDHH y sobre el derecho a la salud mental ^(*)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cuáles se adhirió y con qué rango? • Existencia de una agenda para estudiar ratificación de nuevos Documentos llevada adelante por el estado o por otros organismos <p>- Opiniones Consultivas de la Comisión Interamericana de DDHH y de la Corte Interamericana de DDHH</p>	<p>- Informes periódicos que el Estado ha presentado a los órganos de supervisión internacional que incluyan el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • ONU: Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD) Comité de derechos humanos Comité contra la tortura (CAT) Comité de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales Otros? • OEA: Mecanismos de Monitoreo? Otros? <p>- Contrainformes presentados por la sociedad civil a los órganos de supervisión de los tratados que incluyan el derecho a la salud mental (informes sombras)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quiénes podrían presentar estos informes? CELS? 	<p>- Observaciones sobre los informes presentados por parte de los órganos de supervisión internacional con relación al derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimientos de los avances en el derecho a la salud mental por parte de los órganos de supervisión internacional • Preocupaciones y recomendaciones incorporados en el sistema legal u otros aspectos relacionados con las otras categorías y principios transversales <p>- Jurisprudencia de la Corte Interamericana de DDHH sobre casos relativos a la salud mental</p>

<p>- Legislación nacional específica en derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenidos mínimos y obligaciones del derecho a la salud mental • Reglamentación? • Se adecúa (conflicto, contradicciones, etc.) a la letra de la ley? <p>- Legislación provincial específica en derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenidos mínimos y obligaciones del derecho a la salud • Reglamentación? • Se adecúa (conflicto, contradicciones, etc.) a la letra de la ley? 	<p>- Normativa interna del poder judicial con relación a la legislación vigente</p>	
--	--	--

Dimensión Recepción del Derecho. Matriz III

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Adhesión a Documentos internacionales o regionales sobre DDHH y sobre el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cuáles se adhirió y con qué rango? • Existencia de una agenda para estudiar ratificación de nuevos Documentos llevada adelante por el estado o por otros organismos <p>- Opiniones Consultivas de la Comisión Interamericana de DDHH y de la Corte Interamericana de DDHH</p>	<p>- Observaciones sobre los Informes periódicos que el Estado ha presentado a los órganos de supervisión internacional que incluyan el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • ONU: Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD) Comité de derechos humanos Comité contra la tortura (CAT) Comité de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales Otros? • OEA: Mecanismos de Monitoreo? Otros? <p>- Contrainformes presentados por la sociedad civil a los órganos de supervisión de los tratados que incluyan el derecho a la salud mental (informes sombras)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quiénes podrían presentar estos informes? 	<p>- Observaciones sobre los Informes periódicos que el Estado ha presentado a los órganos de supervisión internacional que incluyan el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimientos de los avances en el derecho a la salud mental por parte de los órganos de supervisión internacional • Preocupaciones y recomendaciones incorporados en el sistema legal u otros aspectos relacionados con las otras categorías y principios transversales <p>- Jurisprudencia de la Corte Interamericana de DDHH sobre casos relativos a la salud mental y cumplimiento de las mismas</p>

<p>- Legislación nacional específica en derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenidos mínimos y obligaciones del derecho a la salud mental (Art. 7 de la Ley Nacional) • Reglamentación. Adecuación (conflicto, contradicciones, etc.) con relación a la ley <p>- Legislación provincial específica en derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenidos mínimos y obligaciones del derecho a la salud (Art. 11 Ley Provincial de Córdoba) • Reglamentación. Adecuación (conflicto, contradicciones, etc.) con relación a la ley • Compatibilización con la Ley Nacional de Salud Mental (Lic. Gorbacz, Lic. Arriagada) 	<p>- Adecuación de otras leyes o normativas a la Ley Nacional de Salud Mental (Lic. Leonardo Gorbacz)</p> <p>- Normativa interna del poder judicial con relación a la legislación vigente (en Córdoba, acordadas del Tribunal Superior de Justicia)</p>	
--	---	--

Dimensión Capacidades Estatales. Matriz II

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Existencia de agencias específicas dentro del Estado destinadas a la planificación y ejecución de políticas en salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jerarquía • Estructura organizativa (consultar si hay que agregar proceso y resultados) 		
<p>- Plan Nacional sobre salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y alcance • Determina claramente los programas, objetivos, metas, responsables y sus obligaciones de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental • Determina instancias de control, monitoreo y evaluación de los programas de salud mental dentro de la estructura estatal <p>- Plan Provincial sobre salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y alcance • Determina claramente los programas objetivos, metas, responsables y sus obligaciones de acuerdo a la Ley Provincial de Salud Mental • Determina instancias de control, monitoreo y evaluación de los programas de salud mental dentro de la estructura estatal 	<p>- Plan de Salud Mental. Avances en la implementación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de instituciones, servicios y dispositivos sustitutivos (como parte de la Red de servicios con base en la comunidad) • Programas para el abordaje y prevención de problemáticas de salud mental prevalentes y en grave riesgo psicosocial • Dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños para personas con uso problemático de drogas • Adecuación de los servicios de salud mental de hospitales generales • Plan de cierre de hospitales monovalentes • Provisión de psicofármacos esenciales descentralizada de los monovalentes • Servicios locales descentralizados para la atención primaria de la salud mental por jurisdicción y región geográfica 	<p>- Plan de Salud Mental. Avances en las metas</p> <p>Brechas de tratamiento (proporción de personas que demandan atención en salud mental y no la reciben):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con padecimiento mental que reciben asistencia especializada de manera continua en salud mental <p>Brecha en la calidad de atención (proporción de personas con padecimiento mental que no acceden a tratamiento específico adecuado -se vulneran sus derechos humanos, y/o son víctimas de estigma y discriminación-)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con padecimiento mental en dispositivos sustitutivos • Porcentaje de personas institucionalizadas que han ingresado a

	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de promoción de la salud mental, con participación comunitaria • Existencia de listas de esperas para recibir el servicio en salud mental 	<p>programas de reinserción social y laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas que necesitan psicofármacos con acceso durante el tratamiento interdisciplinario a los mismos • Porcentaje de personas con uso problemático de drogas atendidos con la estrategia de reducción de daños • Porcentaje de camas para internación en salud mental en hospitales generales • Porcentaje de cierre de camas de internación en hospitales monovalentes • Tiempo promedio de internación en salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Grado de satisfacción de los usuarios de servicios de salud mental de hospitales generales y dispositivos sustitutos sobre calidad de los servicios de salud mental (accesibilidad, disponibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad) (SEÑAL DE PROGRESO)
<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre órganos intersectoriales⁽¹⁾ e interinstitucionales⁽²⁾. Conformación de los mismos • Inclusión de organismos estatales de Derechos Humanos en dichas instancias (Lic. Gorbacz) 	<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de los órganos intersectoriales e interinstitucionales, periodicidad de las reuniones, alcance de las decisiones, difusión pública de las decisiones 	<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de la red de servicios de salud mental en los tres niveles de atención de salud • Ejecución de planes de inserción socio-laboral según Ministerios que garanticen la inclusión de las personas con padecimiento mental, articulados

<p>⁽¹⁾ Comisión Nacional Interministerial en políticas de salud mental y adicciones. Art. 36 Ley Nacional. Art. 2 Reglamentación</p>		<p>intersectorialmente (trabajo, educación, cultura, arte, deporte, otras).</p>
<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de instancias para acuerdos a nivel país con relación a la organización y funcionamiento del sistema de salud mental 	<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avances en los acuerdos interjurisdiccionales 	<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integralidad del sistema sanitario de salud mental del país. Cumplimiento de los estándares en salud mental en todas las jurisdicciones • Abordaje interjurisdiccional de casos. Porcentaje de personas con padecimiento mental que recibían atención fuera de su provincia y que continúan la misma en su lugar de residencia (Lic. Gorbacz)
<p>- Regulación del sistema sanitario de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas y normativas de organización del sistema de salud mental (público, privado, seguros de salud) • Existencia de acuerdos entre el Estado (a través de sus Ministerios, Secretarías, etc.), Obras Sociales prepagas y el sector privado a fin de garantizar la inserción educativa o laboral de las personas con padecimiento mental (Lic. Arriagada. Art. 36 de la ley, no reglamentado). 	<p>- Regulación del sistema sanitario de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación de la cobertura de las Obras Sociales y el sector privado a la Ley de Salud Mental: <ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de dispositivos, insumos y prácticas interdisciplinarias en salud mental promovidas en la ley - No exigibilidad de certificados de discapacidad para acceder a dicha cobertura - Identificar personas con internaciones prolongadas y/o en instituciones monovalentes - Procesos de externación y/o inclusión en dispositivos sustitutos para personas internadas 	<p>- Regulación del sistema sanitario de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obras Sociales con cobertura integral en salud mental • Instituciones o servicios del sector privado que se adecuaron a las normativas vigentes en salud mental • Porcentaje de usuarios de salud mental del sistema privado o de Obras Sociales con inclusión en dispositivos sustitutos (Lic. Gorbacz). • Porcentaje de usuarios de salud mental del sistema privado o de Obras Sociales con acceso a programas estatales de inserción educativa o laboral (Lic. Arriagada).

	<ul style="list-style-type: none"> - Exclusión de prestaciones contrarias a la ley • Control por parte del Estado al sector público, privado y de Obras Sociales fiscalizando la cobertura de salud mental acorde a la legislación vigente (aspectos incluidos en el indicador anterior). Frecuencia. Medidas adoptadas ante incumplimientos 	
<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y distribución de equipos interdisciplinarios (de acuerdo a Art. 8 y 13 Reglamentación Ley Nacional; Cap. III de la Ley Provincial) • Programas de formación de profesionales de reciente egreso (residencias): interdisciplinarios, integrales, centrados en la comunidad y con enfoque de derecho • Programas de capacitación del personal sobre salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente. • Incorporación de cátedras específicas de salud mental y derechos humanos en las carreras de grado de Psicología, Medicina, Trabajo Social, Enfermería y Derecho (Lic. Arriagada, Dra. Pautassi) • Convenios de capacitación con las entidades de representación de profesionales sobre salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente. 	<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos interdisciplinarios: profesiones en cargos de conducción; inclusión de nuevas disciplinas; instituciones, servicios o programas conformados interdisciplinariamente; distribución por regiones y niveles de atención • Plan de transferencia de personal que se desempeña en hospitales monovalentes (Lic. Gorbacz) • Cantidad de profesionales egresados del sistema de formación • Porcentaje de personal capacitado sobre salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente. • Porcentaje de profesionales capacitados sobre salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente, a través de entidades de representación de profesionales. 	<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento / disminución de buenas prácticas en salud mental (ajustadas a las normativas vigentes) • Aumento / disminución de prácticas que vulneran los derechos a la salud mental • Porcentaje de personal de hospitales monovalentes transferido a otros dispositivos o instituciones (Lic. Gorbacz) • Cierre de los sistemas de capacitación en hospitales monovalentes (Lic. Gorbacz)

Dimensión Contexto Financiero y Compromiso Presupuestario. Matriz II

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Existencia de disposición legal para la asignación del presupuesto al sector de salud mental</p>		
<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuentes • Porcentajes de financiamiento del sector: porcentaje del gasto público en salud; porcentaje de salud destinado a salud mental • Recursos extrapresupuestarios • Distribución del presupuesto al interior del sector de salud mental 	<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución del presupuesto del sector de salud mental, según asignación presupuestaria y distribución al interior del mismo 	<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento / disminución del presupuesto en el sector de salud mental • Ejecución / subejecución del presupuesto
<p>- Evaluación del presupuesto asignado</p>	<p>- Evaluación del presupuesto asignado según resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de indicadores de resultados 	<p>- Evaluación del presupuesto asignado según los indicadores de resultados</p>

Dimensión Contexto Financiero y Compromiso Presupuestario. Matriz III

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Existencia de disposición legal para la asignación del presupuesto al sector de salud mental</p>		
<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuentes. • Porcentajes de financiamiento del sector: porcentaje del gasto público en salud; porcentaje de salud destinado a salud mental • Recursos extrapresupuestarios • Distribución del presupuesto al interior del sector de salud mental • Presupuesto asignado por cada Ministerio (Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social) para el desarrollo de planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral (Lic. Arriagada. Art. 2 y 36) 	<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución del presupuesto del sector de salud mental, según asignación presupuestaria y distribución al interior del mismo 	<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento / disminución del presupuesto en el sector de salud mental (valor de referencia: 10% del presupuesto total de salud) • Ejecución / subejecución del presupuesto
<p>- Evaluación del presupuesto asignado/ejecutado</p>	<p>- Evaluación del presupuesto asignado/ejecutado según resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de indicadores de resultados 	<p>- Evaluación del presupuesto asignado/ejecutado según los indicadores de resultados</p>

ANEXO 4. DOCUMENTOS INTERNACIONALES RATIFICADOS POR ARGENTINA

- Declaración americana de los derechos y deberes del hombre. OEA. 1948 (Art. 75. Inc. 22 de la Constitución Nacional)
- Declaración universal de derechos humanos. ONU. 1948 (Art. 75. Inc. 22 de la Constitución Nacional)
- Convención americana sobre derechos humanos (Pacto de San José). OEA. 1969 (Art. 75. Inc. 22 de la Constitución Nacional)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. ONU. 1966 (Art. 75. Inc. 22 de la Constitución Nacional)
- Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. ONU. 1965 (Art. 75. Inc. 22 de la Constitución Nacional)
- Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. ONU. 1966 (Art. 75. Inc. 22 de la Constitución Nacional)
- Declaración de los derechos del retrasado mental. ONU. 1971
- Declaración de los derechos de los impedidos. ONU. 1975
- Declaración de Alma Atta. OMS. 1978
- Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. ONU. 1975
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). ONU. 1981 (Art. 75. Inc. 22 de la Constitución Nacional)
- Convención interamericana para prevenir y sancionar la tortura. OEA. 1985
- Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. 1987 (Art. 75. Inc. 22 de la Constitución Nacional)
- Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión. ONU. 1988
- Protocolo Adicional a la Convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador). OEA. 1988 (entrada en vigor 1999)
- Convención sobre los derechos del niño. ONU. 1989 (Art. 75. Inc. 22 de la Constitución Nacional)
- Principios básicos para el tratamiento de los reclusos. ONU. 1990
- Declaración de Caracas. OPS/OMS. 1990

- Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de salud mental. ONU. 1991
- Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. OEA. 1999
- Principios de Brasilia rectores para el desarrollo de la atención en salud mental de las Américas. OPS/OMS. 2005
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. ONU. 2006
- Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. OEA. 2008
- Consenso de Panamá. OPS/OMS. 2010

ANEXO 5: MATRIZ DE INDICADORES DE SALUD MENTAL DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Autoras:

Lic. Mariana Illanes Passera

Lic. Diana Scorza

Directora:

Mgter. Jacinta Buriyovich

Córdoba, 2015

RECEPCIÓN DEL DERECHO

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Adhesión a documentos internacionales o regionales sobre DDHH y sobre el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cuáles se adhirió y con qué rango? • Existencia de una agenda para estudiar adhesión de nuevos documentos llevada adelante por el Estado o por otros organismos <p>- Opiniones Consultivas de la Comisión Interamericana de DDHH y de la Corte Interamericana de DDHH</p>	<p>- Observaciones sobre los informes periódicos que el Estado ha presentado a los órganos de supervisión internacional que incluyan el derecho a la salud mental⁽¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avances en la implementación del cumplimiento de las observaciones (preocupaciones y recomendaciones) realizados por los órganos de supervisión internacional con relación al derecho a la salud mental <p>- Contrainformes presentados por la sociedad civil a los órganos de supervisión de los tratados que incluyan el derecho a la salud mental (informes sombras)</p>	<p>- Observaciones sobre los informes periódicos que el Estado ha presentado a los órganos de supervisión internacional que incluyan el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimientos de los progresos en el derecho a la salud mental por parte de los órganos de supervisión internacional <p>- Sentencias de la Corte Interamericana de DDHH sobre casos relativos a la salud mental y cumplimiento de las mismas</p>
<p>- Legislación nacional/provincial específica en el derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenidos mínimos y obligaciones del derecho a la salud mental • Reglamentación. Adecuación (conflicto, contradicciones) con relación a la ley • Compatibilización con la Ley Nacional de Salud Mental (para la leyes provinciales) 	<p>- Adecuación de otras leyes o normativas a la Ley Nacional de Salud Mental</p> <p>- Normativa interna del poder judicial con relación a la legislación vigente</p>	

⁽¹⁾ **Órganos de supervisión**

- ONU:

Comité de derechos humanos

Comité de derechos, económicos, sociales y culturales

Comité contra la tortura

- OEA:

Grupo de Trabajo para el análisis de los informes nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador

CAPACIDADES ESTATALES

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Existencia de agencias específicas dentro del Estado destinadas a la planificación y ejecución de políticas en salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jerarquía • Estructura organizativa • Adicciones. Área de incumbencia dentro del Estado. Relación con el área salud mental 		
<p>- Plan nacional / provincial de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y alcance. Planificación normativa o planificación participativa. Mecanismos de participación utilizados y actores involucrados • Determina claramente los programas, objetivos, metas, responsables y sus obligaciones de acuerdo a la ley Nacional de Salud Mental • Determina instancias de control, monitoreo y evaluación de los programas de salud mental dentro de la estructura estatal. Cuáles • Determina de mecanismos de participación. Cuáles. Actores involucrados 	<p>- Plan de salud mental. Avances en la implementación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de instituciones, servicios y dispositivos sustitutos como parte de la red de servicios con base en la comunidad ⁽¹⁾ • Programas para el abordaje y prevención de problemáticas prevalentes y en riesgo psicosocial • Dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños para personas con uso problemático de drogas • Provisión de psicofármacos esenciales descentralizada de los monovalentes • Existencia de listas de esperas para recibir el servicio en salud mental • Censo nacional de personas con padecimiento mental internadas en el ámbito público/privado. Datos incluidos 	<p>- Plan de salud mental. Avances en las metas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con padecimiento mental que reciben asistencia especializada de manera continua en salud mental • Porcentaje de personas con padecimiento mental en dispositivos sustitutos • Porcentaje de personas con uso problemático de drogas atendidos con la estrategia de reducción de daños • Porcentaje de personas que necesitan psicofármacos con acceso durante el tratamiento interdisciplinario a los mismos

	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación de los servicios de salud mental de hospitales generales • Plan de cierre de hospitales monovalentes • Servicios locales descentralizados de atención primaria de la salud y su componente en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de camas para internación en salud mental en hospitales generales • Porcentaje de cierre de camas de internación en hospitales monovalentes • Tiempo promedio de internación en salud mental
	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de acompañamiento para la inclusión laboral • Programas de acompañamiento para favorecer el acceso a una vivienda • Programa específico de provisión de DNI 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas institucionalizadas que han ingresado a programas de reinserción social, laboral y de vivienda • Porcentaje de personas institucionalizadas sin DNI que han obtenido el mismo • Participación de usuarios, familiares y otros recursos comunitarios en programas de integración social
	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de promoción de la salud mental, con participación comunitaria • Programa de abordajes de situaciones de emergencias y desastres 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población que participa en programas de promoción de la salud mental • Intervenciones en las situaciones de emergencias y desastres
		<ul style="list-style-type: none"> • Grado de satisfacción de los usuarios de servicios de salud mental de hospitales generales y dispositivos sustitutos sobre calidad de los servicios de salud mental (accesibilidad, disponibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad) (Señal de progreso)

<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre órganos intersectoriales e interinstitucionales. Conformación de los mismos • Inclusión de organismos estatales de Derechos Humanos en dichas instancias 	<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de los órganos intersectoriales e interinstitucionales, periodicidad de las reuniones, alcance de las decisiones, difusión pública de las decisiones, publicaciones. Por jurisdicción 	<p>- Instancias intersectoriales e interinstitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de la red de servicios de salud mental en los tres niveles de atención de salud • Ejecución de planes de inserción socio-laboral por áreas específicas que garanticen la inclusión de las personas con padecimiento mental, articulados intersectorialmente (trabajo, educación, vivienda, cultura, deporte, otras), en los niveles nacional, provincial y municipal • Inclusión de la temática de salud mental en la agenda de trabajo de agencias estatales no específicas
<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de instancias para acuerdos a nivel país con relación a la organización y funcionamiento del sistema de salud mental con base comunitaria 	<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avances en los acuerdos interjurisdiccionales • Estrategias de acompañamiento y cooperación de implementación de la legislación de salud mental en los provincias y municipios 	<p>- Estructura administrativa del Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integralidad del sistema sanitario de salud mental del país. Cumplimiento de los estándares en salud mental en todas las jurisdicciones. • Abordaje interjurisdiccional de casos. Porcentaje de personas con padecimiento mental que recibían atención fuera de su provincia y que continúan la misma en su lugar de residencia

- Regulación del sistema sanitario de salud mental

- Formas y normativas de organización del sistema de salud mental (público, privado, seguros de salud)
- Existencia de acuerdos entre el Estado (a través de sus Ministerios, Secretarías, etc.), Obras Sociales y el sector privado para garantizar la inserción educativa o laboral y de vivienda de las personas con padecimiento mental

- Regulación del sistema sanitario de salud mental

- Adaptación de la cobertura de las Obras Sociales y el sector privado (incluyendo a instituciones para el tratamiento de personas con uso problemático de drogas) a la Ley de Salud Mental:
 - Incorporación de dispositivos, insumos y prácticas interdisciplinarias en salud mental promovidas en la ley
 - No exigibilidad de certificados de discapacidad para acceder a dicha cobertura
 - Identificar personas con internaciones prolongadas y/o en instituciones monovalentes
 - Procesos de externación y/o inclusión en dispositivos sustitutos para personas internadas
 - Exclusión de prestaciones contrarias a la ley
- Control por parte del Estado al sector público, privado y de Obras Sociales (incluyendo a instituciones para el tratamiento de personas con uso problemático de drogas) fiscalizando la cobertura de salud mental acorde a la legislación vigente (aspectos incluidos en el indicador anterior). Frecuencia. Medidas adoptadas ante incumplimientos

- Regulación del sistema sanitario de salud mental

- Obras Sociales con cobertura integral en salud mental
- Instituciones o servicios del sector privado que se adecuaron a las normativas vigentes en salud mental
- Comunidades, granjas terapéuticas u otros dispositivos para personas con uso problemático de drogas que se adecuaron a la Ley de Salud Mental
- Porcentaje de usuarios de salud mental del sistema privado o de Obras Sociales con inclusión en dispositivos sustitutos
- Porcentaje de usuarios de salud mental del sistema privado o de Obras Sociales con acceso a programas estatales de inserción educativa o laboral y de vivienda

<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y distribución de equipos interdisciplinarios • Capacitación y formación del recurso humano⁽²⁾: <ul style="list-style-type: none"> - Profesionales de reciente egreso (residencias) - Programas de capacitación en servicio del recurso humano de salud mental - Planes de estudio de las carreras de grado de Psicología, Medicina, Trabajo Social, Enfermería y Derecho - Currícula de post grados, maestrías y doctorados • Convenios de capacitación con las entidades de representación de profesionales sobre salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente. 	<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos interdisciplinarios: profesiones en cargos de conducción; inclusión de nuevas disciplinas; programas y servicios conformados interdisciplinariamente; guardias interdisciplinarias en hospitales generales; equipos en centros de atención primaria. Distribución por regiones • Plan de transferencia de personal que se desempeña en hospitales monovalentes • Cantidad de profesionales egresados del sistema de formación • Porcentaje de personal capacitado sobre salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente • Porcentaje de profesionales capacitados sobre salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente, a través de entidades de representación de profesionales. 	<p>- Política de RRHH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de equipos interdisciplinarios que integran la red de servicios de salud mental con base comunitaria • Porcentaje de personal de hospitales monovalentes transferido a otros dispositivos o servicios con base comunitaria • Cierre de los sistemas de capacitación en hospitales monovalentes • Aumento / disminución de buenas prácticas en salud mental (ajustadas a las normativas vigentes) • Aumento / disminución de prácticas que vulneran los derechos a la salud mental
--	---	---

(1) **Red de servicios con base en la comunidad:** servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada, en crisis y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia o residencias compartidas, casas de medio camino, centros y hospitales de día y de noche, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, programas de reinserción familiar y comunitaria, acompañamiento terapéutico (en base al Art. 11 de la Ley Nacional de Salud Mental)

(2) **Temáticas básicas para la capacitación y formación del recurso humano:** salud mental y derechos humanos en el marco de la legislación vigente, interdisciplinariedad, interculturalidad, componente infanto-juvenil y adultos mayores, urgencias, emergencia y desastres, otros problemas sanitarios emergentes

CONTEXTO FINANCIERO Y COMPROMISO PRESUPUESTARIO

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre asignación presupuestaria al sector</p>		
<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuentes, Funciones y niveles de ejecución. • Porcentajes de financiamiento del sector: porcentaje del gasto público en salud; porcentaje de salud destinado a salud mental. Por jurisdicción • Porcentaje aportado por Nación a los Estados subnacionales • Recursos extrapresupuestarios • Distribución del presupuesto al interior del sector de salud mental ⁽¹⁾ • Presupuesto asignado por Ministerio de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo, Planificación y Seguridad Social, para el desarrollo de planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral y acceso a la vivienda 	<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución del presupuesto del sector de salud mental, según asignación presupuestaria y distribución al interior del mismo 	<p>- Presupuesto asignado al sector de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento / disminución del presupuesto en el sector de salud mental (valor de referencia: 10% del presupuesto total de salud) • Ejecución / subejecución del presupuesto

<p>- Evaluación del presupuesto asignado/ejecutado</p>	<p>- Evaluación del presupuesto asignado/ejecutado según resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de indicadores de resultados 	<p>- Evaluación del presupuesto asignado/ejecutado según los indicadores de resultados</p>
---	---	---

(1)

- Instituciones monovalentes, servicios y dispositivos sustitutos (servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia o residencias compartidas, casas de medio camino, centros y hospitales de día y de noche, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, programas de reinserción familiar y comunitaria, acompañamiento terapéutico)
- Dispositivos para atención domiciliaria en crisis, servicios locales descentralizados para la atención primaria de la salud, programas para el abordaje de problemáticas psicosociales prevalentes
- Adecuación de los servicios de salud mental de hospitales generales, plan de cierre de hospitales monovalentes
- Provisión de psicofármacos
- Recurso humano

ACCESO A LA JUSTICIA

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Procedimientos administrativos. Existencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de instancias administrativas específicas para presentar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la salud mental: <ul style="list-style-type: none"> - Oficinas específicas de recepción de quejas o denuncias del Ministerio de Salud u otras agencias públicas - Oficinas específicas de recepción de quejas o denuncias, teléfonos gratuitos y libro de queja en los Hospitales o Instituciones de salud mental - Órgano de Revisión - Defensorías del pueblo 	<p>- Procedimientos administrativos. Acceso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Denuncias relativas al derecho a la salud mental recibidas, investigadas y resueltas por instancias administrativas: <ul style="list-style-type: none"> - Oficinas específicas de recepción de quejas o denuncias del Ministerio de Salud u otras agencias públicas - Oficinas específicas de recepción de quejas o denuncias, teléfonos gratuitos y libro de queja en los Hospitales o Instituciones de salud mental - Órgano de Revisión - Defensorías del pueblo • En cada una: cantidad, tipo de casos ingresados y cobertura territorial 	<p>- Procedimientos administrativos. Eficacia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento / disminución de las denuncias relativas al derecho a la salud mental • Porcentaje de decisiones administrativas que han hecho lugar a garantías en el derecho a la salud mental. Por denuncia de usuarios, familiares o trabajadores de salud mental • Porcentaje de sumarios administrativos al personal involucrado en situaciones de vulneración de derechos, iniciados y resueltos • Aumento / disminución de la duración promedio de los procesos administrativos relativos a denuncias sobre incumplimiento del derecho a la salud mental
<p>- Procedimientos judiciales. Existencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de servicios jurídicos gratuitos para presentar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la salud mental • Existencias de instancias judiciales para presentar denuncias en materia de incumplimiento 	<p>- Procedimientos judiciales. Acceso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas por parte de los equipos de recepción de denuncias a las instituciones de salud mental. Periodicidad de las mismas • Denuncias relativas al derecho a la salud mental recibidas, investigadas y resueltas por instancias judiciales: por fuero, tipo de casos y cobertura territorial 	<p>- Procedimientos judiciales. Eficacia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de trámites de beneficio de litigar sin gastos donde se reclama alguna cuestión vinculada con la exigencia del derecho a la salud mental • Aumento / disminución de las denuncias relativas al derecho a la salud mental

<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de áreas institucionales específicas para garantizar el acceso a la justicia en materia de derecho a la salud mental (Unidad de Letrados, Oficina de Acceso a Justicia, etc.) • Medidas para favorecer la actuación de organizaciones no gubernamentales que desarrollan litigio de interés público del derecho a la salud mental. Alcance y límites • Medidas para favorecer los canales de exigibilidad del cumplimiento de los derechos por parte de los equipos 		<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de decisiones judiciales que han hecho lugar a garantías en salud mental. Por denuncia de usuarios, familiares o trabajadores de salud mental • Aumento / disminución de la duración promedio de los procesos judiciales relativos a denuncias sobre incumplimiento del derecho a la salud mental • Análisis de las sentencias por fueros sobre la exigibilidad del derecho a la salud mental (Señal de progreso)
<p>- Componentes del derecho a la tutela judicial efectiva del derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de mecanismos para asegurar el derecho a la tutela judicial efectiva en el derecho a la salud mental 	<p>- Componentes del derecho a la tutela judicial efectiva del derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de mecanismos para asegurar el derecho a la tutela judicial efectiva en el derecho a la salud mental • Existencia de un plazo máximo de duración legal de este proceso 	<p>- Componentes del derecho a la tutela judicial efectiva del derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plazo promedio de duración de las acciones de tutela
<p>- Internaciones involuntarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de defensorías públicas gratuitas especializadas en salud mental, con recursos humanos suficiente y capacitados (Unidad de Letrados) • Creación de defensorías públicas gratuitas especializadas en niñez y adolescencia y salud mental, y para 	<p>- Internaciones involuntarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico interdisciplinario e integral del riesgo cierto e inminente realizados por los equipos intervinientes en cada caso • Justificación de la internación como medida terapéutica excepcional de mayor beneficio 	<p>- Internaciones involuntarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de internaciones involuntarias que se externalan, se transforman en voluntarias o se incorporan a otras formas terapéuticas • Porcentaje de externaciones por vía judicial

<p>personas declaradas incapaces, con recursos humanos suficiente y capacitados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia en las instituciones por parte de los defensores 	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho de la persona a ser oído y dar su opinión • Disponibilidad del consentimiento informado • Explicación terapéutica comprensible para niños y personas declaradas incapaces • Defensa gratuita e inmediata • Información al juez competente dentro de las 10 hs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento / disminución de internaciones involuntarias • Ordenes de internación o restricciones a la externación que provengan del poder judicial • Análisis de los criterios que guían el accionar de los defensores y las decisiones de los jueces en las internaciones involuntarias (Señal de progreso)
<p>- Capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuación del art. 152 ter del Código Civil a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 	<p>- Capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones interdisciplinarias • Especificación de funciones y actos que se limitan. Restricción mínima indispensable de la autonomía • Plazo de revisión máximo de 3 años • Definición del sistema de apoyo que responda a las preferencias de la personas protegida 	<p>- Capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo promedio de duración de los procesos judiciales • Porcentaje sentencias que se ajustan a los requerimiento del Art. 152 ter del Código Civil • Cantidad de sentencias donde se definen sistemas de apoyos • Cantidad de sentencias revisadas y adaptadas a los requerimientos del Art. 152 ter del Código Civil • Análisis de los criterios de los jueces en la aplicación del Art. 152 ter del Código Civil (Señal de progreso)
<p>- Políticas de capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de políticas de capacitación sobre derecho internacional de derechos humanos y derecho a la salud mental a jueces, operadores jurídicos, abogados y estudiantes de derecho 	<p>- Políticas de capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de jueces, operadores jurídicos, abogados y estudiantes de derecho capacitados sobre derecho internacional de derechos humanos y derecho a la salud mental 	<p>- Políticas de capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ídem indicadores de resultados de las dos dimensiones anteriores

IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<p>- Adhesión del Estado de los siguientes documentos internacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cuáles se adhirió y con qué rango • Existencia de una agenda para estudiar la adhesión de nuevos Documentos llevada adelante por el estado o por otros organismos 	<p>- Observaciones sobre los informes presentados por el Estado a los órganos de supervisión de los documentos internacionales ⁽¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avances en la implementación del cumplimiento de las observaciones (preocupaciones y recomendaciones) por parte de los órganos de supervisión internacional <p>- Contrainformes presentados por la sociedad civil a los órganos de supervisión de los tratados que regulan los temas de igualdad, discriminación y derechos sociales (informes sombra)</p>	<p>- Observaciones sobre los informes presentados por el Estado a los órganos de supervisión de los documentos internacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimientos de los progresos en el derecho a la salud mental por parte de los órganos de supervisión internacional
<p>- Políticas activas de protección al derecho a la salud mental para grupos etarios y grupos en situación de vulnerabilidad⁽²⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y alcance • Legislación nacional o provincial específica con enfoque de derecho • Agencias específicas del Estado • Mecanismos específicos de asignación de recursos financieros para los programas 	<p>- Políticas activas de protección al derecho a la salud mental para grupos etarios y grupos en situación de vulnerabilidad⁽²⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas específicos orientados sensibilización, desestigmatización y no discriminación de los usuarios de salud mental • Programas específicos para la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, articulados al sistema de salud, con criterios interdisciplinarios, intersectoriales e interculturales 	<p>- Políticas activas de protección al derecho a la salud mental para grupos etarios y grupos en situación de vulnerabilidad⁽²⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de programas orientados sensibilización, desestigmatización y no discriminación de los usuarios de salud mental • Porcentaje de grupos en situación de vulnerabilidad incluidos en programas específicos • Porcentaje de población especialmente vulnerable inserta en el mercado laboral

<ul style="list-style-type: none"> Mecanismos de coordinación intersectorial específicos para la población afectada 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de recursos financieros asignados a los programas específicos Funcionamiento de mecanismos de coordinación intersectorial específicos para los grupos etarios y grupos en situación de vulnerabilidad: periodicidad de las reuniones, alcance de las decisiones, difusión pública de las decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de población infanto-juvenil con padecimiento mental inserta en el sistema educativo común
<p>- Instancias para efectivizar denuncias por discriminación basadas en el padecimiento mental actual o pasado.</p> <p>Existencia</p> <ul style="list-style-type: none"> INADI. Defensorías del Pueblo Ministerios Públicos de Defensas 	<p>- Instancias para efectivizar denuncias por discriminación basadas en el padecimiento mental actual o pasado.</p> <p>Acceso</p> <ul style="list-style-type: none"> Denuncias sobre discriminación basadas en el padecimiento mental actual o pasado recibidas, investigadas y resueltas por el INADI: tipo de casos, duración promedio de los procesos y cobertura territorial 	<p>- Instancias para efectivizar denuncias por discriminación basadas en el padecimiento mental actual o pasado.</p> <p>Eficacia</p> <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de denuncias sobre discriminación resueltas positivamente

(1) **Órganos de Supervisión.** ONU:

Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD)

Comité sobre los derechos del niño (CRC)

Comité para la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW)

Comité para la eliminación de la discriminación racial (CERD)

Comité para la protección de los derechos de los trabajadores migrantes y de los miembros de sus familias (CMW)

OEA:

Comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad

Comité de expertas/os violencia (CEVI). Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI)

(2) **Grupos etarios:** niños, adolescentes y adultos mayores

Grupos en situación de vulnerabilidad: mujeres, personas con discapacidad, exclusión social, situación de encierro, niños, adolescentes en conflicto con la ley penal, inmigrantes, pueblos originarios, minorías étnicas y zonas geográficas desventajadas (Plan Nacional de Salud Mental)

ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y A LA PARTICIPACIÓN

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
Acceso a la información		
<p>- Reconocimiento del derecho a la información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos, ley o disposiciones administrativas que garanticen el acceso a la información 		
<p>- Disponibilidad de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un sistema de información epidemiológico en materia de salud mental. Relevamiento de información interdisciplinaria • Presupuesto y recursos humanos destinados a recolectar y producir información cuantitativa y cualitativa en el área de salud mental • Existencia de información relacionada con la salud mental producida por otros sectores u organismos (Justicia, Servicios Penitenciarios, Área de Adicciones, Desarrollo Social, Violencia Familiar, Educación, Dirección Nacional Electoral, otros) 	<p>- Disponibilidad de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avances en la definición de acuerdos consensuados interdisciplinariamente sobre criterios de registro de la información del área • Datos que provee el sistema información epidemiológico: por género, edad, condición socioeconómica, grupos en situación de vulnerabilidad, jurisdicción, instituciones, servicios y dispositivos, estrategia de reducción de daños, programas de promoción, problemáticas de salud mental, mortalidad y otra información que sirva de insumo para los indicadores de avances en la implementación del Plan de Salud Mental (Capacidades Estatales) • Formas y frecuencia de la actualización de la información. Mecanismos de difusión 	<p>- Disponibilidad de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reportes anuales con información completa y disponible • Porcentaje de personal de salud mental capacitado en el registro y producción de información • Reportes producidos por otros sectores u organismos que producen información relacionada con la salud mental (Justicia, Servicios Penitenciarios, Área de Adicciones, Desarrollo Social, Violencia Familiar, Educación, Dirección Nacional Electoral, otros) • Producción de información que permita la toma de decisiones, la rendición de cuentas y la veeduría ciudadana. Difusión de la misma a través de diferentes canales

	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a personal de salud mental en registro y producción de información • Integración y flujo de la información producidas por otros sectores u organismos (Justicia, Servicios Penitenciarios, Área de Adicciones, Desarrollo Social, Violencia Familiar, Educación, Dirección Nacional Electoral, otros) 	
<p>- Difusión del derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de campañas, estrategias o plan de acción por parte del Estado para garantizar la difusión del derecho a la salud mental y la inclusión social de personas con padecimiento mental • Organizaciones de la sociedad civil registradas y/o activas para participar en la promoción y protección del derecho a la salud mental 	<p>- Difusión del derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características, cobertura, periodicidad y medios utilizados para campañas, estrategias o plan de acción de difusión del derecho a la salud mental y la inclusión social de personas con padecimiento mental, acordes a la legislación o reglamentación vigente • Organizaciones de la sociedad civil registradas y/o activas que participen en la promoción y protección del derecho a la salud mental. Alcance y cobertura territorial • Información sobre servicios, programas y dispositivos de salud mental y para personas con uso problemático de drogas (TE, dirección, horarios de atención, etc.) 	<p>- Difusión del derecho a la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de usuarios, familiares, ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil con conocimiento efectivo sobre el derecho a la salud mental y políticas del sector • Porcentajes de instituciones públicas o privadas de salud mental que difunden el derecho a la salud mental • Productos elaborados para la difusión del derecho a la salud mental

<p>- Consentimiento informado y confidencialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legislación y/o disposiciones que incorporen el consentimiento de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento de salud mental o que establezcan los mecanismos para las personas que no tuvieran capacidad de brindarlo • Normas y regulaciones de protección del Estado sobre la confidencialidad de la información personal de salud 	<p>- Consentimiento informado y confidencialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de profesionales de la salud mental que han recibido capacitación sobre confidencialidad y consentimiento informado • Adecuación de las instalaciones edilicias para garantizar la confidencialidad de la información acerca de los usuarios • Protocolos de Consentimiento Informado • Protocolos de registros en Historia Clínica de los profesionales que garanticen la confidencialidad de la información del usuario • Auditoria de los Protocolos de Consentimiento informado y registros en Historia Clínica de los profesionales que garanticen la confidencialidad de la información del usuario por parte de organismos de control. 	<p>- Consentimiento informado y confidencialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de efectores de salud mental con protocolos de consentimiento informado y confidencialidad de la información sobre la salud mental de los usuarios • Porcentaje de usuarios de servicios de salud mental que reciben tratamiento con consentimiento informado • Porcentaje de profesionales que incumplen la confidencialidad de la información sobre los usuarios • Historias Clínicas accesibles al usuario o terceras personas con el consentimiento del mismo, o representante legal
<p>Participación</p>		
<p>- Mecanismos de participación social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposiciones dentro de las leyes de salud mental sobre mecanismos de participación social. Instancias y funciones.^(*) 	<p>- Mecanismos de participación social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de los órganos de participación social, periodicidad de las reuniones, alcance de las decisiones, difusión pública de las decisiones. Por jurisdicción 	<p>- Mecanismos de participación social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instancias de participación previstos en las leyes: <ul style="list-style-type: none"> - Participación efectiva de las organizaciones de usuarios, familiares y ciudadanos dentro de los mismos.

<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de los órganos de participación previstos en las leyes. Por jurisdicción, grado de representación del Estado – grado de representación de los usuarios, familiares, trabajadores del sector y ONG´s • Otras normativas que regulen, habiliten y/o prevean la participación social en la política pública <p>(*) Órgano de Revisión, Cap. X Ley Nacional, Consejo Consultivo. Art. 2. Reglamentación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Otras estrategias, procedimientos y recursos materiales y humanos del Estado para promover la participación y consulta en la formulación y el monitoreo de la política en salud mental • Mecanismos de delegación o sistemas representacionales de las organizaciones de usuarios y familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Decisiones con incidencia en la política pública de salud mental, beneficios de las mismas, implementación y evaluación • Reclamos, pedidos, propuestas por parte de organizaciones de usuarios y familiares, ciudadanos, organizaciones de DDHH y de la sociedad civil • Opinión de los usuarios y familiares sobre la participación de los mismos en la formulación y evaluación de la política pública en salud mental (Señal de progreso)
<p>- Organismos de vigilancia y control de derechos humanos con atribuciones para supervisar o inspeccionar los efectores de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de los órganos de participación social previstos en las leyes de salud mental. Dependencia dentro de la estructura estatal • Otros organismos del Estado con atribuciones para supervisar efectores de salud mental ⁽¹⁾ • Existencia de organizaciones de la sociedad civil con atribuciones para supervisar efectores de salud mental 	<p>- Organismos de vigilancia y control de derechos humanos con atribuciones para supervisar o inspeccionar los efectores de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud mental públicos y privados con por lo menos una supervisión externa anual • Existencia de instrumentos o formularios de incumpliendo del derecho a la salud mental desde los organismos de vigilancia. Difusión y accesibilidad de los mismos 	<p>- Organismos de vigilancia y control de derechos humanos con atribuciones para supervisar o inspeccionar los efectores de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observaciones realizadas a los servicios de salud mental con relación a las condiciones de respeto o vulneración de derechos humanos. Difusión • Aumento / disminución en la aplicación de instrumentos o formularios de incumplimientos del derecho a la salud mental • Reuniones del sector estatal del área con los observatorios, organismos de derechos humanos y/o salud mental

		<ul style="list-style-type: none"> • Opinión de los usuarios y familiares sobre la protección o vulneración del derecho a la salud mental (Señal de progreso)
--	--	--

(1) Organismos del Estado con atribuciones para supervisar efectores de salud mental

- Mecanismos o sistema de prevención contra la Tortura
- Comité contra la Tortura
- Procuración Penitenciaria