



que confirma nuestra hipótesis de partida.

En este contexto cabe reflexionar sobre una variable a la que conviene atender como nueva modalidad de vulneración. Paradójicamente, nos referimos a la **noción misma de protección**; originalmente, nacida de la preocupación por el respeto, garantía de los derechos y libertades fundamentales que colocan a la persona como titular del derecho internacional.

Decimos paradójica porque con claridad puede verse que bajo la idea de protección se produce un sinfín de vulneraciones que se suman a las ya existentes en el sistema carcelario para la población joven adulta masculina. Como ejemplo de ello, se menciona brevemente la situación de los institutos de menores, de sistema cerrado —eufemísticamente llamados institutos socioeducativos—, cuya situación de vulneración sistemática y estructural de derechos para el sistema federal, fue recientemente expresada en la reciente Recomendación N.º 856 PPN, del 16 de febrero del 2017, de la Procuración Penitenciaria Nacional. Allí se destaca: la comunicación (o su ausencia), las condiciones degradantes de reclusión, y la deficiente infraestructura de estos centros de privación de la libertad, castigo y encierro. Según se infiere de otros testimonios, esta situación es análoga en institutos de la provincia de Buenos Aires. Otra situación se observa con respecto a las mujeres y a los niños: un caso extremo refleja la situación de encierro en madres con hijos menores de cuatro años, cuya exposición a múltiples vulneraciones fue motivo de denuncia reiteradas por diferentes ONG.

Así como la lógica de la protección se vuelve, junto a la de la seguridad, sinónimo siniestro de vulneración y violación de derechos, otro tanto corresponde a la idea de integralidad. Los marcos normativos dejan, por definición, zonas de opacidad legal libradas a las prácticas que quedan, así, sometidas al ejercicio de la lógica vindicativa de castigo carcelario, que desoye las obligaciones contraídas por el Estado respecto de la protección de derechos de las personas privadas de su libertad. Nuevamente, confirmamos la hipótesis de pensar la necesidad de transformar las prácticas concretas en los espacios institucionales de encierro, y que el marco normativo es objeto de guerras y disputas hermenéuticas respecto a sus aspectos y componentes ético-políticos.

En otro orden de ideas, y en consonancia con los principios de la ley 26.657, notamos, como dijimos, que existen por fuera de los dispositivos tradicionales de psicoterapia —formalmente reconocidos como elementos del sistema de encierro, confundidos y desdibujados en el marco del tratamiento de resocialización/reeducación/reinserción—, verdaderos espacios de producción de salud (salutogénicos) que coinciden con ámbitos de inserción institucional gubernamental y no gubernamental en el sistema carcelario pero al mismo tiempo externos y autónomos (relativamente) y críticos en su posicionamiento respecto de las lógicas institucionales de encierro (la institución en sí, como proceso iatrogénico y de vul-

neración de la salud mental como derecho, en sus aspectos sociales, económicos, jurídicos, psíquicos y físicos.)

Por lo tanto, se infiere de los relatos de agentes trabajadores e internos, el lugar terapéutico (de salud) que ocupan, a veces más problemáticamente que otras, operadores de institutos de menores, peritos forenses, equipos técnicos de la procuración penitenciaria, talleristas y talleres de ONG, asesorías legales y jurídicas informales de instituciones como el CUD, para mencionar algunos., y el proyecto PRISMA, como prototipos de modelo interministerial de Salud Mental.

Conclusión

Se demuestra que el contexto de encierro es un componente que vulnera en múltiples sentidos el derecho a la salud mental, entre otros derechos, en sus componentes: socio-económicos, culturales, institucionales y psicológicos; **que expresa una lógica social de castigo que recae y se incrementa principalmente en los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad**; y que su protección y respeto **implica la transformación de las prácticas institucionales relacionadas con su atención, de sus conceptos y lógicas correspondientes y la apertura de los dispositivos terapéuticos respecto de sus modelos tradicionales, hacia modelos intersectoriales y colectivos de carácter comunitario.**

- 1 Doctorado en psicología, UBA, especializado en Salud Mental y Derechos Humanos. Investigador formado UBA UNTREF actualmente director de investigación en la Universidad Nacional de Tres de Febrero (DDHH y SALUD MENTAL). Coordina el área formación e-learning en la Universidad Tecnológica Nacional (Área Salud y Medicina). Desde hace más de veinte años, se desempeña como profesor en la Universidad de Buenos Aires UBA de UNTREF y de la Patagonia Austral UNPA, donde creó y dirigió carreras de formación de grado. Es autor de artículos y capítulos de libros especializados. Cuenta con una vasta experiencia en docencia e investigación acreditada. En el campo de los Derechos Humanos se desempeñó en el campo de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes desde el 2007 al 2010. Del 2010 al 2013, en la secretaría de Derechos Humanos de la Nación, como integrante del Observatorio de Derechos Humanos DESC en la provincia de Buenos Aires. Desde el 2013 a la fecha, como coordinador del Observatorio de DD.HH. DESC de UNTREF.
- 2 Abogada, especializada en Derecho Penal (Universidad de Buenos Aires, años 1994-2000). Desempeño en el área Discapacidad y DD.HH. y Género. Docente. Cursó estudios en la carrera de Licenciatura en Letras de la Universidad de Buenos Aires entre los años 2003 y 2012 y, actualmente, de Licenciatura en Psicología, también en la Universidad de Buenos Aires, y Psicología Social en la Escuela de Psicología Social para la Salud Mental, dirigida por Alfredo Moffatt.

Producción de información para el monitoreo de políticas públicas: Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos

Autoras: Silvana Melisa Herranz, Lucía Galíndez, Jacinta Burijovich
Integrantes del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos

Palabras claves | Salud Mental, Derechos Humanos, Políticas Públicas.

Resumen

El Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos tiene entre sus objetivos monitorear las políticas de salud mental de la Provincia de Córdoba, asumiendo la necesidad de contar con un sistema de información que permita conocer y documentar los procesos de transformación del campo a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y Provincial 9.848 en el año 2010. En tal sentido, este artículo pretende sintetizar algunos aspectos relevantes relacionados con la producción de información documentada en los informes “Mirar tras los Muros”.

1. Introducción

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y Provincial 9.848 en el año 2010, representa un hito central en los procesos de transformación de las políticas, las prácticas y los servicios de salud mental. Enmarcadas en un enfoque de derechos humanos, implican un reconocimiento universal a la dignidad de las personas con padecimiento mental, lo cual requiere, necesariamente, de una revisión de los servicios y dispositivos de atención que históricamente se han sostenido.

El Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (OSMDH) se crea en el año 2011, y tiene entre sus objetivos monitorear las políticas de salud mental que se llevan adelante en la provincia de Córdoba y así controlar el efectivo cumplimiento de las leyes mencionadas. Para ello, se toma necesario contar con un sistema de información que permita conocer y documentar los procesos de transformación del campo.

Es así que, desde el año 2013, mediante la invitación de la Comisión Provincial de la Memoria de Córdoba, el OSMDH participa en la redacción de los informes “Mirar tras los Muros. La situación de los derechos humanos en contextos de encierro”, los cuales tienen como propósito producir información, documentar y registrar la situación de los derechos humanos en los lugares de encierro en la provincia de Córdoba. De esta manera, el OSMDH lleva adelante la producción del capítulo destinado a Salud Mental, el cual tiene como objetivos monitorear políticas públicas en salud mental, visibilizar la agenda pendiente para alcanzar la efectiva implementación de la normativa vigente; así como, también, hacer propuestas y recomendaciones para fortalecer la toma de decisiones para el diseño y la implementación de políticas públicas. En tal sentido, las herramientas de producción de datos consisten en análisis documental, entrevistas a informantes clave, grupos focales, entre otras.

Estos informes anuales se han consolidado como un espacio de referencia en la temática en diferentes ámbitos, aportando a la discusión sobre políticas públicas con perspectiva de derechos humanos en la provincia de Córdoba. En consonancia, este artículo busca sintetizar algunos aspectos, relevados en los informes, con vistas a profundizar y consolidar tal discusión.

2. La Salud Mental en Córdoba

2.1 Algunas consideraciones sobre la legislación local en Salud Mental

Salud Mental y Derechos Humanos





Es posible constatar la escasez de dispositivos de salud mental

en los territorios, que permitan el ejercicio pleno del derecho a una inclusión comunitaria.

Estos son frágiles institucionalmente, y sus trabajadores/as,

en la mayoría de los casos, se encuentran precarizados.

En nuestra provincia, la sanción de la Ley 9.848 cubrió un vacío legal importante en nuestro territorio; esta por objeto garantizar el ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y el acceso de la población, sin ningún tipo de exclusión, a la atención en salud mental. Sin duda, es un importante avance en la transformación hacia un nuevo paradigma respetuoso de los derechos de las personas.

Sin embargo, se hace necesario plantear algunas comparaciones con Ley Nacional 26.657, ya que esta profundiza su rol garante de derechos, al reunir una serie de condiciones inexistentes en la legislación local.

Reforma sanitaria / Reforma integral

Tanto la ley nacional como la ley provincial reconocen los derechos de las personas con padecimiento mental (art. 7 ley nacional; art. 11 ley provincial); sin embargo, en la nacional se reconoce explícitamente "el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con

padecimiento mental". En la definición de salud mental de la ley nacional, se incorpora también la concreción de los derechos humanos y sociales. Una lectura general de estas leyes nos permite decir que, si bien ambas están encuadradas en la transformación del modelo asilar y restrictivo, la ley nacional tiene una perspectiva más integral, ligada a la indivisibilidad de los derechos, mientras que la provincial está encuadrada más en una reforma sanitaria. La ampliación y restitución de derechos debe avanzar más allá de la reestructuración de los servicios: las personas y sus derechos están en el centro de las acciones de reforma.

Sustitución definitiva / Transformación / Adecuación

La Declaración de Caracas subraya expresamente que "la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizado del hospital psiquiátrico, en la prestación de servicios, por aislar a las personas de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social". Los



contenidos mínimos, requeridos para garantizar el derecho a la salud mental, señalan que la atención deberá tener lugar en servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas usuarias e integrados a los servicios de salud. La ley provincial crea una Red integral de promoción, prevención y asistencia en salud mental que genera nuevos dispositivos de atención tales como hospitales de día, centros de día y casas de medio camino, talleres protegidos artístico-culturales, programas de rehabilitación socio-laboral y microemprendimientos, etc. Sin embargo, sostiene la existencia de instituciones Monovalentes de Salud Mental y Unidades de Atención Psiquiátrica con dispositivos de contención en crisis e internación breve y lugar de sustitución.

Compromisos presupuestarios específicos / no específicos

En la Ley Nacional de Salud Mental, en su artículo 32, se estipula que en forma progresiva y en un plazo no mayor a tres 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 10 % del presupuesto total de salud. En la ley provincial, este compromiso es más ambiguo. Se establece que el Estado provincial aportará los recursos para los servicios de salud mental de manera progresiva para los servicios locales descentralizados y para las instituciones, servicios y dispositivos alternativos en salud mental.

Derechos garantizados

La ley nacional, en su artículo 7, y la ley provincial, en su artículo 11, garantiza derechos a las personas con padecimiento mental. Sin embargo, algunos de los derechos que están en la nacional no están explicitados en la provincial. Estos son:

- 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 o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- e) derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de esta sean supervisadas, periódicamente, por el órgano de revisión;
- f) 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;
- g) derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- h) derecho a no ser sometido a trabajos forzados.

Regulación estricta de las internaciones involuntarias

Ambas leyes establecen la excepcionalidad de la internación involuntaria, y solamente cuando exista riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. La ley provincial remite a un Acuerdo Reglamentario del Tribunal Superior de Justicia y no avanza en la regulación de estas. En el caso de nuestra provincia, si bien el Tribunal Superior de Justicia dictó esta Acordada a los fines de acercar el desempeño de los asesores letrados al cumplimiento de esta norma, esta es insufi-

Salud Mental
y Derechos
Humanos

ciente. Esto es así porque no son defensorías públicas especializadas en salud mental, con recursos humanos suficientes y capacitados. Al contar con pocos recursos, no pueden garantizar su presencia en las instituciones y, al no estar capacitados, no pueden realizar la necesaria evaluación para establecer si la internación se ha realizado como medida terapéutica excepcional de mayor beneficio. A diferencia de la ley nacional, que establece plazos, mecanismos y asegura letrados provistos por el Estado, idóneos y gratuitos desde el inicio de la internación (Artículo 22).

Creación de Órgano de Revisión de la atención en salud mental

La ley nacional crea un Órgano de Revisión independiente (en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa), interdisciplinario e intersectorial, cuyo objetivo es proteger los derechos humanos de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental. Entre sus funciones están las de evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos; supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado; evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y, eventualmente, apelar las decisiones del juez; controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la ley 26657. Otra de sus funciones es la de promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones:

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

En la ley provincial, no está previsto; lo cual es un incumplimiento a los contenidos mínimos previstos internacionalmente.

2.2 Realidades institucionales y vulneraciones de derechos

La información que el OSMDH ha relevado y documentado en los informes "Mirar tras los Muros", da cuenta de la persistencia de

situaciones de vulneración de derechos dentro y fuera de las instituciones de encierro. Con el propósito de presentar un diagnóstico inicial, el primer informe apuntó a visibilizar la situación en la que se encuentran las diferentes instituciones monovalentes de salud mental de la provincia. De esta manera, a nivel general, se constatan: condiciones insalubres de alojamiento caracterizadas por sobrepoblación, hacinamiento y deterioro edilicio, insuficiencia de recursos humanos, privación de la libertad en celdas de aislamiento, medidas de sujeción, muertes no investigadas, medicación excesiva como castigo y judicialización de las problemáticas. En este sentido, se afirma que la internación y el encierro continúan siendo parte importante dentro del abordaje de las problemáticas de salud mental;



y se suma a esto los escasos avances en relación a las políticas públicas, en cuestión de propuestas y acciones que incluyan prácticas y dispositivos sustitutivos al manicomio.

En los informes que siguieron, fue posible ampliar el análisis hacia otros problemas existentes en el campo de la salud mental, tales como la situación de los hospitales generales, los dispositivos sustitutivos al encierro y los diferentes abordajes territoriales. Además, se profundizó sobre los déficits en la asistencia que atraviesan las personas LGBTBI, la desatención de las personas que se encuentran en las cárceles, la penalización del consumo problemático de sustancias —no comprendido como padecimiento mental y, por lo tanto, no atendido por los servicios de salud—, la situación de la salud mental en el ámbito de la niñez y la problemática de discapacidad. Es importante destacar que las leyes de salud mental consideran que este conjunto de problemas forma parte del campo de la salud mental; sin embargo, las políticas públicas en Córdoba lo abordan de manera desarticulada, fragmentada y, en algunos casos, por fuera del sector.

2.3 Obstáculos para la implementación de la normativa vigente

Entre los obstáculos que el OSMDH identifica en la provincia de Córdoba, para la efectiva implementación de la normativa en salud mental, interesa señalar los siguientes:

Presupuesto destinado a Salud Mental: a pesar de la sanción de la ley 9.848, el gobierno provincial sigue manteniendo la asignación para el sector de manera inmodificable en torno al 6% del total para salud, inclusive, según el año, con una leve tendencia a la baja. El presupuesto destinado a la salud mental es un indicador significativo a atender, ya que sus carencias resultan una importante barrera en la implementación de políticas. Los estándares internacionales establecen que el 10% del presupuesto de salud debe destinarse a salud mental. Si se consideran los últimos ejercicios presupuestarios (a partir de la sanción de la ley en el año 2010) ninguno alcanza este objetivo.

Rol de la Justicia: el sistema de justicia de la provincia de Córdoba se caracteriza por su rol obstaculizador en relación a las transformaciones necesarias en el campo de la salud mental. Esta caracterización reposa sobre la incapacidad de este particular actor de trascender el modelo tutelar y, en relación a los usuarios de salud mental, realizar el pasaje de objetos de tutela a sujetos de pleno derecho. En ese sentido, se perpetúa la criminalización del padecimiento subjetivo y la judicialización de problemáticas atendibles desde la salud. Esto implica una serie de dificultades para sostener un proceso terapéutico atravesado por una lógica judicial que se

asienta en su poder punitivo-represivo, representando a los sujetos como sujetos de castigo.

Inexistencia de mecanismos de control autónomos: en ausencia de una respuesta integral de control, regulación y de políticas públicas contundentes, desde el OSMDH se considera urgente instalar en los sectores sociales y sanitarios de la provincia el debate y la reflexión colectiva sobre la necesidad de crear un Órgano de Revisión Local, con el fin de monitorear el cumplimiento de las leyes para alcanzar la plena implementación de dichos marcos legales.

2.4 Acción colectiva en Salud Mental

Los movimientos y las organizaciones de la sociedad civil del campo de la salud mental y los derechos humanos, en su heterogeneidad y pluralidad, han avanzado en los últimos años en la constitución y consolidación de alianzas estratégicas con vistas a incidir en la agenda pública y, así, en la efectiva implementación de las leyes de salud mental.

En los últimos años se ha avanzado en Córdoba en la consolidación de una comunidad de derechos humanos y salud mental —conformada por sujetos usuarios de los servicios de salud mental, sus familiares, trabajadores/as, estudiantes, docentes, entre muchos otros—, que sostiene la necesidad de avanzar en la plena vigencia de las leyes. Esta comunidad se expresa en distintos espacios, siendo la realización de las Marchas por el derecho a la salud mental su acción de mayor visibilidad pública. Allí se manifiesta la lucha de las personas con padecimiento mental para autoafirmarse como ciudadanos con igual dignidad y valor que los demás.

Desde 2014, en el mes de octubre de cada año, se concentra en el espacio público una importante cantidad de personas y organizaciones, para exigir derechos y poner en cuestión los límites de las políticas y las prácticas institucionalizadas. Estas marchas condensan una serie de reivindicaciones y reclamos contra el estigma y la discriminación, contra los incumplimientos y la escasez de respuestas, contra las decisiones y acciones que se toman por fuera de las leyes y contra los diversos actos de avasallamiento e intentos de vaciarlas de contenido. Se defienden y se exigen los máximos estándares sentados en el marco jurídico vigente; el enfoque comunitario, integrado e integral de los abordajes; la sustitución definitiva de los manicomios; la voz de los usuarios como prioritaria en la toma de decisiones; así como la transformación holística del campo de la sa-

Salud Mental
y Derechos
Humanos

lud mental desde un enfoque de derechos humanos. La orientación, el sentido y la velocidad de la transformación de los paradigmas vigentes tendrán que ver con la potencia de interpelación de estos colectivos.

3. Sobre la producción de información

La producción de información relevante, actualizada y contextualizada, es decir, local, sobre la temática, es uno de los objetivos primordiales del OSMDH. Ello se asienta en la convicción de que la función de instaurar mecanismos de monitoreo, en el sentido de analizar procesualmente las progresividades y regresividades, apunta a visibilizar e incidir en el contenido de las políticas públicas para la efectividad de las transformaciones necesarias en materia de garantía de derechos.

Se torna necesaria la incorporación de la información diagnóstica y de monitoreo en el diseño de las políticas, no solo para poner límite a las vulneraciones de derechos en el campo y a la perpetuación de la desigualdad vivida de las personas con padecimiento mental; sino además para guiar, orientar y aportar a la construcción de instituciones y sociedades democráticas, inclusivas y respetuosas de los derechos de las personas. En este sentido, los derechos humanos son el eje clave para analizar, comprender y evaluar las políticas públicas, entendiendo que debe ser un eje transversal a estas, en un Estado de derecho.

4. La agenda pendiente: ¿Córdoba sin manicomios en el 2020?

Si bien, actualmente, se observan algunos avances en las políticas de salud mental tales como la ampliación de su presupuesto, el traspaso de la atención de los consumos problemáticos al Ministerio de Salud y el aumento del rango institucional de la autoridad responsable de la aplicación de la ley (de dirección a secretaría), persisten acciones que sostienen la lógica manicomial. Entre otras, el anuncio de un nuevo complejo de salud mental que reemplazaría al Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, graves vulneraciones de los derechos de las personas internadas en el Hospital Emilio Vidal Abal, dificultades para sostener los procesos iniciados hace una década en el Hospital de Santa María y la existencia de prácticas carcelarias en los Centros Psicoasistenciales de Córdoba y de Cruz del Eje.

Para su aplicación, los nuevos marcos normativos requieren de una red integral e integrada a los servicios de salud y un conjunto de dispositivos que den respuestas a las distintas necesidades de los usuarios/as. En relación a la red, desde el proceso de descentraliza-

ción que concluyó en el año 1986, la provincia se ha desentendido del primer nivel de atención, y los municipios no cuentan con los fondos suficientes como para sostener los equipos interdisciplinarios que se requieren. Es posible constatar la escasez de dispositivos de salud mental en los territorios, que permitan el ejercicio pleno del derecho a una inclusión comunitaria. Estos son frágiles institucionalmente, y sus trabajadores/as, en la mayoría de los casos, se encuentran precarizados.

En el año 2010, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó la Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá. La Declaración que allí se consensuó es conocida como el Consenso de Panamá. Su aspecto más relevante fue la erradicación del sistema manicomial en la próxima década, que se expresa en la frase: "La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020".

A casi dos años del 2020, un análisis de las condiciones políticas e institucionales no nos permite tener una visión muy optimista en la posibilidad de concretar la consigna "Córdoba sin manicomios en el 2020".

Informe Alternativo sobre la Situación de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Córdoba 2013/2017

Autores: Fiorela Bocco, Mariana Gandolfo, Ana Heredia, Martín Passini
Observatorio de Salud Mental y DD.HH., y la Mesa de Trabajo en Discapacidad y DD.HH.

Palabras claves | Discapacidad, Salud mental, Derechos Humanos

Resumen

El presente artículo da cuenta del proceso de elaboración del Documento de Informe sobre la Situación de las Personas con Discapacidad (PCD) en Córdoba, realizada por el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos y la Mesa de Trabajo en Discapacidad y Derechos Humanos; como insumos al Informe Alternativo – Situación de las Personas con Discapacidad en Argentina 2013 / 2017, y se enuncian algunas de las tendencias más relevantes expuestas en el Informe Córdoba y algunas reflexiones generales respecto de la situación de los derechos de las PCD en Córdoba.

Introducción

El presente documento recoge una síntesis del Informe sobre la situación de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Córdoba, elaborado conjuntamente por **la Mesa de Trabajo en Discapacidad y Derechos Humanos** y el **Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos**, como documento de aportes para la elaboración del **Informe Alternativo Situación de las Personas con Discapacidad en Argentina 2013/2017**.

A partir de la ratificación por parte de la Argentina de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) en el año 2008¹, se establece el compromiso de parte del Estado Argentino (así como las distintas jurisdicciones) de diseñar políticas y medidas que garanticen el cumplimiento de los mandatos de la CDPCD en todo el territorio nacional, lo que significa el reconocimiento, garantía y promoción del ejercicio pleno de los derechos humanos por parte de las Personas con Discapacidad –PCD- y su inclusión plena en la sociedad.

Para monitorear la progresiva implementación de la Convención, el propio tratado de DD.HH. establece un mecanismo de información periódica exhaustiva por parte de los Estados Parte, "sobre las medidas que hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la Convención y sobre los progresos realizados al respecto"² El primero a los dos años de su ratificación, y los siguientes en un período de al menos cada cuatro años o cuando el Comité lo requiera.

Por otro lado, además del informe oficial del Estado Parte, las organizaciones de la sociedad civil presentan informes alternativos que recogen las experiencias de las propias personas con discapacidad en relación al acceso y ejercicio de los derechos, denuncian la situación de vulneración de derechos y sugieren al Comité preguntas para que informe el Estado Parte.

Siguiendo este procedimiento, el Estado Argentino presentó su primer informe en el año 2010. A partir del análisis de este, y de cotejar con la información brindada por el Primer Informe Alternativo: Situación de la Discapacidad en Argentina – 2008/2012³, el Comité emitió el documento "Observaciones finales sobre el Informe inicial de Argentina"⁴, en el que reconoce los aspectos positivos y de avances, y establece "los principales ámbitos de preocupación y recomendaciones" en relación a la aplicación de la CDPCD en nuestro país.

Por resolución del Comité Internacional de la ONU, el segundo período de informe se prorrogó hasta este año, cuando este organis-

Salud Mental
y Derechos
Humanos