



## **República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**

2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

### **Informe Técnico**

**Número:**

**Referencia:** INFORME SOBRE LA INTERVENCIÓN DE LAS FUERZAS DE SEGURIDAD FRENTE A SITUACIONES RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL CONFORME LA LEGISLACIÓN NACIONAL Y LOS ESTÁNDARES DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

---

## **I.- INTRODUCCIÓN**

En función de las consultas recibidas en torno a los alcances de la intervención de fuerzas de seguridad en situaciones de crisis de salud mental y/o consumos problemáticos, esta Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad, en el marco de las competencias previstas por la decisión administrativa n° 811/2021, elaboró el presente informe a los fines de analizar el marco normativo nacional e internacional vigente en la materia. Asimismo, el documento prevé algunas recomendaciones tendientes a garantizar una mayor protección de los derechos humanos de todas las personas involucradas para que, en caso de considerarlo pertinente, el señor Secretario de Derechos Humanos de la Nación, las haga llegar a los distintos organismos provinciales y nacionales que correspondan.

El informe parte de la base de que las obligaciones estatales destinadas a asegurar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y, particularmente, el derecho de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, recaen en diferentes organismos, tanto de la jurisdicción federal como de las jurisdicciones locales: todas ellas deben adoptar medidas concretas para garantizar el efectivo goce de estos derechos. Ello comprende, en palabras de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (también “CDPD” o “la Convención”), la implementación de medidas para el acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo en la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su vida y su inclusión en la comunidad.

En las próximas páginas se abordarán, en primer lugar, los principales estándares del derecho internacional de los derechos humanos en materia de salud mental, consumos problemáticos e internaciones involuntarias, y en materia de intervención de las fuerzas de seguridad, así como los lineamientos de los organismos internacionales relacionados con la temática. A continuación, se reseñará el régimen normativo nacional vigente y se analizará su

adecuación al derecho internacional de los derechos humanos. Finalmente, se ofrecen conclusiones y recomendaciones.

## **II.- ESTÁNDARES DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**

El derecho internacional de los derechos humanos ha puesto atención desde sus inicios a la integridad, la salud y la seguridad como derechos esenciales de la persona.

Así, pueden advertirse referencias a estos derechos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>[1]</sup>, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos[2], el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)<sup>[3]</sup>, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos<sup>[4]</sup> y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad[5], entre otros, todos ellos instrumentos con jerarquía constitucional conforme el artículo 75, inciso 22, de nuestra Carta Magna.

### **II.a. Estándares generales sobre el derecho a la salud**

El derecho a la salud fue recogido en varios instrumentos de derechos humanos, aunque es especialmente abordado por el PIDESC, en su artículo 12, que asegura “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano de monitoreo de este tratado (en adelante, “el Comité”), en su Observación General n° 14, desarrolla el alcance de las obligaciones que esa norma del Pacto impone a cargo del Estado. Allí sostiene que el “más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención de la salud, y reconoce, por el contrario, que abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana. Advierte, además, que el derecho a la salud “está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación”<sup>[6]</sup>.

Según el Comité, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales exige a los Estados parte la mejora continua de las condiciones de existencia, es decir, la progresividad en el sentido de progreso, o ampliación de la cobertura y protección de los derechos sociales[7]. En particular, Observación General mencionada expresamente manifiesta que existe una prohibición absoluta de regresividad cuando la medida afecta la satisfacción de niveles esenciales del derecho a la salud, lo que incluye la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con obligaciones preexistentes legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud[8].

### **II.b. Estándares específicos sobre el derecho a la salud mental, los consumos problemáticos y los límites a las internaciones involuntarias**

En lo que se refiere específicamente a la salud mental, el derecho internacional de los derechos humanos ha tratado de poner de relieve su importancia dentro del derecho a la salud y de destacar la relación singular e interdependiente entre la salud mental y el pleno disfrute de todos los derechos humanos.

En particular, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad incluye entre las personas con

discapacidad a aquéllas que tengan deficiencias mentales o intelectuales y interactúen con diversas barreras que puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás[9]. La Convención entonces establece estándares de aplicación al campo de la salud mental que tienen especial repercusión en las políticas públicas con relación al derecho al consentimiento informado, la vida en comunidad y la integridad y libertad personales, exigiendo la adopción de medidas que aseguren los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales.

El Estado argentino ratificó la Convención el 2 de septiembre de 2008, y se le confirió jerarquía constitucional, en los términos del artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, mediante la ley n° 27.044, en noviembre de 2014.

La CDPD se basa en el modelo social de la discapacidad, lo que implica “... que la discapacidad no se define exclusivamente por la presencia de una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, sino que se interrelaciona con las barreras o limitaciones que socialmente existen para que las personas puedan ejercer sus derechos de manera efectiva. Los tipos de límites o barreras que comúnmente encuentran las personas con diversidad funcional en la sociedad son, entre otras, barreras físicas o arquitectónicas, comunicativas, actitudinales o socioeconómicas”<sup>[10]</sup>.

Este paradigma plantea a la discapacidad como una construcción. Uno de sus presupuestos fundamentales es concebir que las causas que originan la discapacidad no son individuales sino preponderantemente sociales. Dicho modelo se enfoca en la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y se centra en la eliminación de cualquier tipo de barreras, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

En lo que respecta específicamente a la salud mental, además de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, diversos instrumentos emanados de distintos organismos o conferencias especializadas han abordado la temática, y han establecido lineamientos de política pública. Entre ellos podemos encontrar a:

- *Declaración de Caracas de la OPS-OMS*<sup>[11]</sup>: esta declaración efectúa una crítica al hospital psiquiátrico como única modalidad asistencial, y señala que aislar al enfermo de su medio genera mayor discapacidad social. En consecuencia, propone una atención psiquiátrica comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.
- *Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales*<sup>[12]</sup>: este instrumento establece que todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social. También sostiene el derecho a ser tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana. Resalta también el derecho de estas personas a ser tratadas y atendidas, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que viven.
- *Principios de Brasilia*<sup>[13]</sup>: se trata de un documento que se dicta 15 años después de la Declaración de Caracas. Los principios resaltan que, si bien se ha avanzado “aún más debe ser hecho para cumplir las acciones pendientes derivadas de la Declaración de Caracas. Por ejemplo, continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad”.
- *Consenso de Panamá*<sup>[14]</sup>: bajo el lema “La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”, el documento llama a los gobiernos a “Fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década”. A su vez, “reconoce como un objetivo esencial la protección

de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad”.

Por su parte, más recientemente, al desarrollar los Estándares Internacionales para el tratamiento del consumo problemático de drogas<sup>[15]</sup> (traducción propia), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito expresaron que “Las percepciones de los consumos problemáticos de drogas han cambiado en los últimos tiempos entre los responsables de la formulación de políticas, los profesionales de la salud y el público. Existe un mayor reconocimiento de que los consumos problemáticos de sustancias son condiciones de salud complejas con determinantes psicosociales, ambientales y biológicos, que necesitan respuestas multidisciplinarias, integrales y orientadas a la salud pública de diferentes instituciones y organizaciones que trabajan juntas”<sup>[16]</sup>. Teniendo presente esto, el documento enuncia una serie de principios fundamentales que exhortan a los Estados a garantizar, además de la efectividad clínica, los estándares comunes de atención médica en conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los principales instrumentos de derechos humanos, que promueven la autonomía personal y la seguridad individual y social<sup>[17]</sup>.

Asimismo, la OMS señala en sus documentos más actuales la importancia de que los Estados desplieguen políticas de salud garantes de los derechos humanos. Así destaca que “en muchas partes del mundo existen ejemplos de buenas prácticas, servicios de salud mental de base comunitaria que están centrados en la persona, orientados a la recuperación y que se adhieren a las normas de los derechos humanos”. También resalta que es esencial ampliar las redes de servicios de salud mental integrados y basados en la comunidad para lograr los cambios que se exigen en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>[18]</sup>.

Esta reflexión es compartida por la Asamblea General de Naciones Unidas que, al momento de examinar los progresos en la aplicación de la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas de 2009, recomienda a los Estados considerar la posibilidad de incrementar la cooperación entre las autoridades responsables de la salud pública y la educación y las fuerzas del orden cuando se formulen iniciativas de prevención. También insta a fortalecer “la capacidad de las autoridades sanitarias y sociales, las fuerzas del orden y otras autoridades de justicia penal para cooperar, en el marco de sus mandatos, a fin de ofrecer respuestas amplias, integradas y equilibradas al uso indebido de drogas y los trastornos relacionados con el consumo de drogas, a todos los niveles de gobierno”<sup>[19]</sup>.

Ahora bien, el nuevo paradigma en materia de discapacidad y derechos humanos ha dado lugar a un intenso debate en el ámbito del derecho internacional con relación a la posibilidad de realizar internaciones involuntarias en materia de salud mental.

En ese sentido, el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la ya mencionada Observación General n° 14, plantea la obligación de los Estados de abstenerse de aplicar tratamientos médicos coercitivos salvo en casos excepcionales, por ejemplo, para el tratamiento de enfermedades mentales. Al respecto, destaca el órgano internacional que “esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental”[20].

Efectivamente, los Principios de 1991 ya referidos —vigentes antes de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad— definen estándares mínimos de derechos humanos en el campo de la salud mental, contemplando la internación involuntaria, como medida terapéutica excepcional, sólo cuando no fueran posibles

los abordajes comunitarios. Establecen que esas internaciones involuntarias deberán ser lo más breve posible, y únicamente en el caso de que exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros[21], y que se trate del único medio disponible para impedir daño físico a la persona[22].

Al respecto, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha destacado que la combinación de un modelo biomédico dominante, las asimetrías de poder y el amplio uso de prácticas coercitivas hacen que no sólo las personas con enfermedades mentales, sino también todo el campo de la salud mental, sean rehenes de sistemas obsoletos e ineficaces”. Por ello, el Relator Especial convoca a la comunidad internacional a aunar fuerzas en el camino hacia el abandono del legado de los sistemas basados en la discriminación, la exclusión y la coacción, manifestando que “dado que el derecho a la salud garantiza el derecho a no ser sometido a discriminación ni a tratamiento o internamiento involuntario, debe también entenderse que garantiza el derecho al tratamiento y a la integración en la comunidad. La ausencia de garantía de esos derechos y otras libertades es una de las causas principales de la coacción y el internamiento”[23].

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es categórica en cuanto a la obligación del Estado de garantizar la igualdad, libertad y seguridad de las personas con discapacidad. En tal sentido expresa su artículo 12 que “los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”; y resalta la necesidad de adoptar “las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”.

La CDPD, además, en su artículo 14, define el derecho a la libertad y seguridad de la persona con discapacidad y dispone que:

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

- a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
- b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad...”.

Y finalmente, en el artículo 25, sobre derecho a la salud, la Convención establece que:

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad...”

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

En este sentido, resulta pertinente citar la interpretación que el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad ha realizado de estos artículos de la Convención en su primera Observación General, en la que se resaltó que:

“40. El respeto del derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás incluye el respeto de su derecho a la libertad y a la seguridad de la persona. La negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad y su privación de libertad en instituciones contra su voluntad, sin su consentimiento o con el consentimiento del sustituto en la adopción de decisiones, es un problema habitual. Esa práctica constituye una privación arbitraria de la libertad y viola los artículos 12 y 14 de la Convención. Los Estados partes deben eliminar esas prácticas y establecer un mecanismo para examinar los casos en que se haya internado a personas con discapacidad en un entorno institucional sin su consentimiento expreso.

41. El derecho a gozar del más alto nivel posible de salud (art. 25) incluye el derecho a la atención de la salud sobre la base del consentimiento libre e informado. Los Estados partes tienen la obligación de exigir a todos los profesionales de la salud y la medicina (incluidos los profesionales de la psiquiatría) que obtengan el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad antes de cualquier tratamiento. En relación con el derecho a la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas, los Estados partes tienen la obligación de no permitir que el consentimiento sea otorgado por personas que sustituyan a las personas con discapacidad en la adopción de decisiones, en nombre de ellas. Todo el personal médico y sanitario debe velar por que se efectúe la consulta apropiada directamente con la persona con discapacidad. Ese personal debe garantizar también, en la medida de sus posibilidades, que los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni tengan una influencia indebida sobre ellas”[24].

Si bien el Comité de los Derechos de las personas con discapacidad recomienda garantizar el consentimiento informado de la persona para el abordaje en materia de salud, incluida la salud mental, otros órganos, como “el Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, el Comité contra la Tortura y el Comité de Derechos Humanos, han admitido excepcionalmente abordajes contra la voluntad de la persona. Con todo, su interpretación de las excepciones aplicadas para justificar la coacción es más restringida, lo que pone de manifiesto los debates que está suscitando esta cuestión”<sup>[25]</sup>.

En este sentido, y como parte de la discusión exhibida, resulta oportuno contemplar el bien reciente caso “Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador”[26], en donde la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha tenido oportunidad de expedirse respecto al derecho a la salud, discriminación, desaparición, falta de garantías y protección judicial de una persona con discapacidad, poniendo de relieve la tensión existente entre estos derechos y la relevancia del consentimiento informado. En efecto, sostiene el tribunal regional que:

“120. Como regla general, el consentimiento es personal, en tanto debe ser brindado por quien se someterá al procedimiento. Este Tribunal resalta que la discapacidad real o percibida no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, y debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico y las autoridades. En efecto, la discapacidad de un paciente no debe utilizarse como justificación para no solicitar su consentimiento y acudir a un consentimiento por representación”.

Sin perjuicio de ello, en el mencionado antecedente la Corte Interamericana ha establecido que existen excepciones donde es posible que el personal de salud actúe sin la exigencia del consentimiento, en casos en los que éste no pueda ser brindado por la persona y que sea necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente. El tribunal regional ha considerado que la urgencia o emergencia se refiere a la inminencia de un riesgo y, por ende, a una situación en que la intervención es necesaria ya que no puede ser pospuesta, excluyendo aquellos casos en los que se puede

esperar para obtener el consentimiento[27].

En cualquier caso, “el enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos en el contexto de la salud mental requiere, al igual que otros principios, la aplicación incondicional del principio de no discriminación en lo que respecta a las personas con discapacidad. No se puede aducir ningún otro calificativo relacionado con deficiencias para justificar la restricción de derechos humanos. Por tal motivo, los Estados tienen la obligación de adaptar las políticas de salud mental de acuerdo al planteamiento de que las personas con discapacidad psicosocial no pueden ser privadas arbitrariamente de la libertad en razón de su deficiencia, incluso en el caso de que se alegue un supuesto peligro para sí mismas o para terceros, y tener cuidado de no hacer menos estrictas las normas”[28].

## **II.c. Estándares específicos sobre los límites de la intervención de las fuerzas de seguridad y el uso de la fuerza**

También en relación con la intervención de las fuerzas de seguridad y el uso de la fuerza en general, el Estado se encuentra obligado a respetar y garantizar los estándares internacionales de derechos humanos en la materia, entre ellos, los “Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley”<sup>[29]</sup>.

El Principio 9 de este instrumento internacional prescribe que “Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley no emplearán armas de fuego contra las personas salvo en defensa propia o de otras personas, en caso de peligro inminente de muerte o lesiones graves, o con el propósito de evitar la comisión de un delito particularmente grave que entrañe una seria amenaza para la vida, o con el objeto de detener a una persona que represente ese peligro y oponga resistencia a su autoridad, o para impedir su fuga, y sólo en caso de que resulten insuficientes medidas menos extremas para lograr dichos objetivos. En cualquier caso, sólo se podrá hacer uso intencional de armas letales cuando sea estrictamente inevitable para proteger una vida”. El documento ofrece lineamientos para asistir a los Estados en sus actividades destinadas a asegurar y fomentar el papel que corresponde a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

En tal sentido, el derecho internacional de los derechos humanos prevé que los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones al derecho a la vida y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra aquél. Así lo ha entendido la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al manifestar que esta obligación “no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva), conforme al deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción”. Para el tribunal regional, además, esta protección activa “no sólo involucra a sus legisladores, sino a toda institución estatal y a quienes deben resguardar la seguridad, sean éstas sus fuerzas de policía o sus fuerzas armadas”[30]. Asimismo, advierte la Corte Interamericana que no cualquier privación de la vida será reputada como contraria a la Convención, sino sólo aquella que se hubiera producido de manera arbitraria, por ejemplo por ser producto de la utilización de la fuerza de forma ilegítima, excesiva o desproporcionada[31].

Para determinar la proporcionalidad del uso de la fuerza, debe evaluarse la gravedad de la situación que enfrenta el funcionario. Para ello, se debe considerar, entre otras circunstancias: la intensidad y peligrosidad de la amenaza; la forma de proceder del individuo; las condiciones del entorno, y los medios de los que disponga el funcionario para abordar una situación específica. Además, este principio exige que el funcionario encargado de hacer cumplir la ley busque en toda circunstancia reducir al mínimo los daños y lesiones que pudieran causarse a

cualquier persona, así como utilizar el nivel de fuerza más bajo necesario para alcanzar el objetivo legal buscado[32].

### **III.- EL RÉGIMEN JURÍDICO NACIONAL VIGENTE**

#### **III.a. El deber de adecuar la normativa interna a los estándares internacionales de derechos humanos**

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que goza de jerarquía constitucional en los términos del artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, establece la obligación de adoptar medidas para adecuar la normativa interna y las políticas públicas a los estándares por ella impuestos (artículo 4, inciso a). También el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, con igual jerarquía, obliga a adoptar medidas para su cumplimiento (artículo 2), incluyendo aquéllas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud[33].

Esta obligación surge además de los principios del derecho internacional público y de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados[34], conforme la cual los Estados deben dar cumplimiento de buena fe a los tratados de los que son parte teniendo en cuenta su objeto y fin, absteniéndose de invocar disposiciones de derecho interno como fundamento para el no cumplimiento de sus compromisos internacionales[35].

En este sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha señalado que “el art. 75, inc. 22, de la Norma Fundamental, al reconocer jerarquía constitucional a diversos tratados de derechos humanos, obliga a todos los poderes del Estado en su ámbito de competencias y no sólo al Poder Judicial, a las condiciones para hacer posible la plena vigencia de los derechos fundamentales protegidos”[36].

A su vez, el artículo 75 inciso 23 de la Constitución Nacional prevé que el Congreso debe “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos”, en particular respecto de las personas con discapacidad y otros grupos en situación de vulnerabilidad.

#### **III.b. La legislación vigente**

Como resultado de las obligaciones impuestas al Estado argentino en materia de derechos humanos y discapacidad, la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 representa un avance en la adecuación de la legislación interna de acuerdo con los estándares internacionales. En particular, la norma implica la materialización de los artículos 12, 19 y 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que, tal y como se ha reseñado, prescriben el igual reconocimiento como persona ante la ley de las personas con discapacidad, repudiando por discriminatorios y tutelares los sistemas de representación para la toma de decisiones y reconociendo su derecho a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás personas.

Así, la actual regulación argentina en materia de salud mental busca preservar la autonomía de las personas, dispone abordajes interdisciplinarios que aseguren una mirada integral sobre el sujeto, promueve la atención comunitaria, garantiza el consentimiento informado y dispone de mecanismos de control para las intervenciones involuntarias, asegurando en esos supuestos el control judicial de las internaciones y el derecho de defensa del usuario en ese juicio.

En este entendimiento, en su artículo 4, la ley n° 26.657 deja establecido que “Las adicciones deben ser abordadas



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

Esto permite construir un sistema de atención más articulado e integral y garantizar los derechos de las personas con consumo problemático, al mismo tiempo que permite establecer en caso de ser necesario internaciones involuntarias que no están contempladas en otras normas, ya que la otra regulación que atraviesa el campo de las adicciones es la ley n° 23.737, que penaliza la tenencia para consumo, y que incluso ha sido objeto de declaración de inconstitucionalidad por parte de la Corte Suprema de Justicia de la Nación[37].

Por otra parte, el artículo 4 de la Ley de Salud Mental da marco a otra ley, la n° 26.934, que establece un programa de atención integral para consumos problemáticos que atiende la especificidad de la temática.

Se plantea así un nuevo paradigma, que permite pasar de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la inclusión; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de inclusión social, fundado en el resguardo o la restitución de sus derechos. No menos importante es que esta normativa aborda la temática de las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental que tienen como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas con uso problemático de sustancias, legales e ilegales, haciendo foco en la singularidad de la persona más allá del tipo de adicción que padezca[38].

Sin embargo, no escapa al régimen legal argentino el hecho de que en determinadas situaciones la conducta de las personas con padecimiento mental pueda representar un riesgo para sí mismo/a y/o para terceros/as, pudiéndose requerir la intervención de las fuerzas de seguridad cuando puedan afectar la integridad física de las personas.

En ese sentido, el artículo 20 del decreto n° 603/2013, reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental, expresamente prevé:

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

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

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

**Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda.** La Autoridad de Aplicación en conjunto con el Ministerio de Seguridad elaborará protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.

**Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento”** (el destacado es nuestro).

Por su parte, el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación prevé la posibilidad de internación de una persona

por padecimiento mental, y establece los requisitos para asegurar que esa intervención sólo se lleve adelante cuando se verifiquen los recaudos legales. El artículo 42 del Código ordena a las fuerzas de seguridad y los servicios públicos de salud asistir dar auxilio sin demora:

“La autoridad pública puede disponer el traslado de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato”.

El artículo referido, entonces, federaliza la potestad de las autoridades públicas de disponer los traslados para evaluaciones de salud mental, y la obligación de las fuerzas de seguridad y servicios públicos de acudir sin dilaciones a prestar asistencia. Esta norma se puede invocar aún en jurisdicciones provinciales para asegurar la garantía de los derechos a la integridad, la salud y la seguridad consagrados en los instrumentos internacionales.

Tal y como queda evidenciado, la normativa argentina vigente ofrece un marco legal para regular la intervención de las fuerzas de seguridad en situaciones de riesgo cierto e inminente por presunto padecimiento mental que amenacen o causen perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros, tendiente a garantizar los derechos humanos de todas las personas involucradas en tal situación.

### **III.c. El protocolo vigente del Ministerio de Seguridad de la Nación**

Con estos antecedentes normativos, con fecha 31 de mayo de 2013, el Ministerio de Seguridad de la Nación dictó la Resolución n° 506/2013, mediante la cual se aprobaron la “Pautas para la Intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros” (confr. artículo 1°). Además se instruyó al Jefe de la Policía Federal Argentina, al titular de la Prefectura Naval Argentina, al Director Nacional de la Gendarmería Nacional Argentina y al Director Nacional de la Policía de Seguridad Aeroportuaria, para que adecuen sus normas y procedimientos internos al protocolo establecido con las Pautas (confr. artículo 2°).

Dicha resolución, si bien se encuentra en proceso de revisión y actualización, conserva plena vigencia al día de la fecha y tiene como objeto establecer los criterios de intervención del personal perteneciente a los cuerpos policiales y fuerzas de seguridad con el fin de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias, en riesgo inminente para sí o para terceros/as, facilitando las condiciones para la correcta intervención de los servicios de salud y sociales.

El documento destaca enfáticamente que las medidas de fuerza deben ser consideradas el último recurso, y su utilización se considera pertinente cuando las medidas menos restrictivas no resultan eficaces y cuando se producen comportamientos no anticipados y severamente agresivos que puedan generar una situación de riesgo inminente.

Es relevante resaltar que este importante protocolo ya ha sido discutido en la Mesa Federal de Derechos Humanos, espacio convocado mensualmente por la Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad, con el fin de abordar una agenda temática específica que tiene por finalidad fortalecer la acción de las áreas de derechos humanos provinciales en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. En efecto, el encuentro realizado el 20 de mayo de 2021, que tuvo como tema los *Límites y pautas de la intervención de las Fuerzas de Seguridad en el campo de la salud mental para asegurar el acceso a la salud y prevenir la*

*violencia institucional*, contó con disertaciones a cargo de la Provincia de Chaco y del Ministerio de Seguridad de la Nación. Además, se distribuyeron las referidas Pautas para la intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad.

### **III.d. La necesidad de fortalecer el proceso de implementación de la normativa vigente**

La ley n° 26.657 establece derechos de las personas frente al sistema de salud mental y plantea lineamientos básicos para la implementación de políticas públicas que garanticen esos derechos.

El avance concreto del desarrollo de dichas políticas ha sido abordado el documento denominado “A 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental: posicionamiento del Órgano de Revisión de Salud Mental” aprobado por el Órgano de Revisión Nacional mediante la Resolución S.E. n° 02/20, en el que se realizó una evaluación sobre la implementación de la ley y se observaron una serie de puntos pendientes a los efectos de avanzar con su efectiva implementación, entre los que se destaca la necesidad del desarrollo y fortalecimiento de una red de servicios con base en la comunidad que se integre con los restantes servicios de salud y que articule intersectorialmente con otras áreas.

Corresponde señalar que el desarrollo de la implementación de la ley ha sido dispar según las diferentes jurisdicciones. Así lo ha reconocido el propio Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad que en 2012 instó al Estado argentino a implementar “de manera efectiva las estrategias de desinstitucionalización adoptadas, así como a desarrollar e implementar planes de salud mental basados en el modelo de derechos humanos de la discapacidad, así como medidas eficaces que promuevan la desinstitucionalización de las personas con discapacidad”[39].

Esta recomendación, sumada al principio de progresividad —y su contracara, la prohibición de regresividad— contenido en distintos tratados internacionales de derechos humanos[40], dan cuenta del insoslayable deber del Estado argentino de avanzar en la implementación de medidas tendientes a dar cumplimiento a la ley n° 26.657 y las obligaciones internacionales contraídas, y en ningún caso realizar reformas que conculquen derechos ya consagrados por nuestro ordenamiento jurídico.

## **IV.- CONCLUSIONES**

1. La Ley Nacional de Salud Mental tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional.
2. Las recomendaciones surgidas de los órganos de monitoreo de los tratados y diversos organismos internacionales, indican la necesidad de profundizar el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental para garantizar abordajes comunitarios y abordajes interdisciplinarios, reconociendo el estatus de sujetos de derecho de las personas con padecimiento mental, entendiendo que ello permitirá mejorar la accesibilidad en la atención y la continuidad de cuidados.
3. En determinadas situaciones, y siguiendo ciertos recaudos, la ley n° 26.657 y su decreto reglamentario permiten proceder a la internación involuntaria, incluyendo —en caso de que ello resulte necesario— la intervención de fuerzas de seguridad bajo la premisa de que exista riesgo cierto e inminente de daño para la integridad física de la persona o para terceros.
4. El protocolo aprobado por el Ministerio de Seguridad de la Nación bajo el número 506/13 se adecua a la

exigencia legal de establecer pautas para dicha intervención cuando fuera necesaria, en el marco de los “Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley”.

## **V.- RECOMENDACIONES PARA LOS ORGANISMOS COMPETENTES**

Por todo lo expuesto, y teniendo presente el sistema federal de gobierno que establece nuestra Constitución Nacional (artículo 1), y atendiendo a que las competencias para la aplicación de los estándares reseñados son concurrentes entre las distintas jurisdicciones y poderes del Estado, se elevan las siguientes recomendaciones al señor Secretario de Derechos Humanos de la Nación para su consideración, a fin de que evalúe ponerlas en conocimiento de los diferentes organismos competentes, tanto de la jurisdicción federal como de las jurisdicciones locales:

1. Fortalecer la participación de las áreas de derechos humanos locales en las instancias de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en sus territorios, incluyendo las gestiones necesarias para la creación de los órganos de revisión locales según el artículo 40 de la ley n° 26.657.
2. Promover, en articulación con las áreas de salud, de seguridad, y otras que correspondan según el diseño institucional de cada jurisdicción, la adhesión al protocolo aprobado por la Resolución n° 506/13 del Ministerio de Seguridad de la Nación, o el que en el futuro lo reemplace; o el desarrollo de protocolos propios que se encuadren en el marco jurídico internacional y nacional referido en el presente informe.
3. Impulsar, en articulación con las áreas de salud y seguridad y otras que corresponda según el diseño institucional de la jurisdicción, la capacitación de equipos de emergencia en salud mental y de las fuerzas de seguridad.

A efectos de ofrecer cooperación técnica en caso de que sea requerida para la implementación de estas recomendaciones, se consignan los datos de contacto del Ministerio de Seguridad de la Nación y de esta Secretaría:

- **MINISTERIO DE SEGURIDAD DE LA NACIÓN**

Subsecretaría de Derechos, Bienestar y Género

Dra. Sabrina Calandrón

e-mail: [sabrina.calandron@minseg.gob.ar](mailto:sabrina.calandron@minseg.gob.ar)

Teléfono: 5278-9800, Internos: 5536 / 9508.

- **SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN**

Dirección Nacional de protección de grupos en situación de vulnerabilidad

Lic. Leonardo Gorbacz

Mail: [dngv@derhuman.jus.gov.ar](mailto:dngv@derhuman.jus.gov.ar)

Teléfono: (54-11) 5300-4000 / interno 79234.

- 
- [1] Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículos 3 y 25.
- [2] Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículos 7 y 9.
- [3] Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12.
- [4] Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 5, 7 y 26.
- [5] Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículos 14, 17 y 25.
- [6] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General n° 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párrafos 3 y 4. Disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- [7] En Courtis, Christian (compilador): *Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Del Puerto, 2006, pág. 9.
- [8] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General n° 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, cit., párrs. 34 y 48.
- [9] Definidas por el art. 1 de la CDPD como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.
- [10] Corte IDH, caso “Furlan y Familiares vs. Argentina”, sentencia del 31 de agosto de 2012, Serie C N° 246, párr. 133; disponible en: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_246\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_246_esp.pdf)
- [11] Adoptada por la Conferencia “Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina”, Caracas, Venezuela, 14 de noviembre de 1990. Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf)
- [12] Aprobados por la Resolución 46/119 de la Asamblea General, del 17 de diciembre de 1991. Disponible en: <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/RES/46/119>
- [13] Principios Rectores Para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, adoptados por la Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental “15 años después de Caracas”, Brasilia, Brasil, 9 de noviembre de 2005. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS\\_DE\\_BRASILIA.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf)
- [14] Adoptado por la Conferencia regional de salud mental “20 años después de la Declaración de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”, Panamá, 8 de octubre de 2010. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
- [15] La versión original fue publicada en inglés (*International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*, Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-d-rug-use-disorders>
- [16] *Ídem*, pág. 5.
- [17] *Ídem*, pág. 7.
- [18] Organización Mundial de la Salud, Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos: resumen”, 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341641>, pág. 3.
- [19] Asamblea General de la ONU, “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”, Nueva York, 19-21 de abril de 2016. Aprobado por la Resolución S-30/1 de la Asamblea General de Naciones Unidas, disponible en: <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>

[20] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General n° 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, cit., párrafo 34.

[21] Principio 16.1.a.

[22] Principio 11.11. Estos criterios mínimos fueron confirmados, además, por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el fallo “Tufano” de 2005 (*Fallos* 328:4832), considerando 5 y en el fallo “M.J.R.” de 2008 (*Fallos* 331:211), considerando 10.

[23] Véase ONU: Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 15 de abril de 2020, A/HRC/44/48, párrafos 17 y 32. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/44/48>

[24] Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General N° 1, CRPD/C/GC/1, párrafos 40 y 41. Disponible en [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en)

[25] Véase ONU: Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 28 de marzo de 2017, A/HRC/35/21, disponible en <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/HRC/35/21>, parr. 33

[26] Corte IDH, caso “Guachalá Chimbo vs. Ecuador”, Sentencia del 21 de marzo de 2021, párr. 120; disponible en: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_423\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_423_esp.pdf)

[27] Ídem, párrafos 132.

[28] Cfr. ONU, Consejo de Derechos Humanos, Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos “Salud mental y derechos humanos”, 31 de enero de 2017, A/HRC/34/32, párrafo 23. Disponible en <https://undocs.org/pdf?symbol=es/a/hrc/34/32>

[29] Adoptados por el Octavo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en La Habana (Cuba) del 27 de agosto al 7 de septiembre de 1990. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/UseOfForceAndFirearms.aspx>

[30] Corte IDH, caso “Ortiz Hernández y otros vs. Venezuela”, sentencia del 22 de agosto de 2017, Serie C N° 338, párrs. 100 y 101; disponible en [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_338\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_338_esp.pdf)

[31] Ídem, párrafo 103.

[32] Corte IDH, caso “Hermanos Landaeta Mejías y otros vs. Venezuela”, sentencia del 27 de agosto de 2014, Serie C N° 281, párr. 136; disponible en: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_281\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_281_esp.pdf)

[33] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General n° 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, cit., párrafo 33.

[34] Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, del 23 de mayo de 1969, cuya entrada en vigor se dio el 27 de enero de 1980. Esta Convención refleja los mencionados principios en los siguientes términos: Artículo 26. ‘Pacta sunt servanda’. Todo tratado en vigor obliga a las partes y debe ser cumplido por ellas de buena fe. Artículo 27. El derecho interno y la observancia de los tratados. Una parte no podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado. Esta norma se entenderá sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 46”.

[35] Ver Corte IDH, caso “Miembros de la Aldea Chichupac y Comunidades Vecinas del Municipio de Rabinal vs. Guatemala”, sentencia del 30 de noviembre de 2016, Serie C N° 328; disponible en: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_328\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_328_esp.pdf)

[36] CSJN, “Simon, Julio Héctor y Otros S/Privación ilegítima de la Libertad”, *Fallos*: 328:2056.

[37] CSJN, “Arriola, Sebastián y otros s/causa n° 9080”, *Fallos* 332:1963.

[38] Secretaría de Derechos Humanos, “Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos”, compilado por Malena Arriagada; Leticia Ceriani; Valeria Monópoli, Buenos Aires, 2013. Disponible en [http://www.jus.gob.ar/media/1199853/pol\\_ticas\\_p\\_blicas\\_en\\_salud\\_mental.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/1199853/pol_ticas_p_blicas_en_salud_mental.pdf)

[39] Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad, CRPD/C/ARG/CO/1, Disponible en <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhspZQ2sppBOANJSxHHwrsEJaYmnlvM3jA08AJH2x7hoUTgh3174tt8%2fqvOaLf8uHB4IloIqs87ffYYE4AhvtQvB%2b2u%2bONKQuePZFm%2bRnNkrXO>, párr. 24.

[40] Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2.1; Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 26;

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 4.2.