

Nueva Ley Nacional de SALUD MENTAL:

Ley 26657

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

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

DERECHOS Y GARANTÍAS

Artículo 1°.- La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio Nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 2°.- Se consideran parte integrante de la presente ley los " Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental", adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la "Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud ", del 14 de noviembre de 1990 y los "Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas", del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

CAPÍTULO II

DEFINICIÓN

Art. 3°.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- c) Elección o identidad sexual.
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

Art. 4º.- 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.

Art. 5º.- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

CAPÍTULO III

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Art. 6º.- Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

CAPÍTULO IV

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

Art. 7º.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que 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 comercializados.

CAPITULO V

MODALIDAD DE ABORDAJE

Art. 8°.- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Art. 9°.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Art. 10.- Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

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

Art. 11°: La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Art. 12.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

CAPÍTULO VI

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Art. 13.- Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

CAPÍTULO VII

INTERNACIONES

Art. 14.- La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Art. 15.- La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario debe registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

Art. 16.- Toda disposición de internación, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar.
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

Art. 17.- En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la Institución que realiza la internación en colaboración con los organismos públicos que corresponda, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La Institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

Art. 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de sesenta (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión creado en el artículo 38 y al Juez. El Juez debe evaluar en un plazo no mayor de cinco (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a

considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidas para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el Juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al Órgano de Revisión creado por esta ley.

Art 19º: El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al Director de la Institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

Art. 20.- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

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

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

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

Art 21º: La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez (10) horas al Juez competente y al órgano de Revisión, debiendo agregarse a las cuarenta y ocho (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El Juez en un plazo máximo de tres (3) días corridos de notificado debe:

a) autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley,

b) requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria, y/ó

c) denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El Juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura, se negase a realizarla.

Art. 22.- La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

Art. 23.- El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del Juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el art. 34 del Código Penal.

Art. 24.- Habiendo autorizado la internación involuntaria, el Juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a treinta (30) días corridos a fin de re-evaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

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

Art. 25.- Transcurridos los primeros siete (7) días en el caso de internaciones involuntarias el Juez, dará parte al Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

Art. 26.- En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente Ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes además, se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos

Art. 27.- Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

Art. 28.- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El

rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley 23592.

Art. 29.- A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar, al Órgano de Revisión creado por la presente ley y al Juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento, o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

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

CAPÍTULO VIII

DERIVACIONES

Art. 30.- Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente Ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

CAPÍTULO IX

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Art. 31.- El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad de aplicación de la presente Ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

Art. 32.- En forma progresiva y en un plazo no mayor a tres (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del diez por ciento (10%) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Art. 33.- La autoridad de aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las Universidades Públicas y Privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente Ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país

Art. 34.- La autoridad de aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

Art. 35.- Dentro de los ciento ochenta (180) días corridos de la sanción de la presente Ley, la autoridad de aplicación debe realizar un Censo Nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho Censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de dos años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

Art. 36.- La autoridad de aplicación, en coordinación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Empleo, Trabajo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en Salud Mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Art. 37.- La autoridad de aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los noventa (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

CAPÍTULO X

ÓRGANO DE REVISION

Art. 38.- Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

Art. 39.- El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la

salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

Art. 40.- Son funciones del Órgano de Revisión

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos.
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado.
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del Juez.
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley.
- e) Informar a la autoridad de aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades.
- h) Realizar recomendaciones a la autoridad de aplicación.
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos
- j) Promover y colaborar para la creación de Órganos de Revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones.
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental.
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

CAPÍTULO XI

CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS

Art. 41.- El Estado Nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley.
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades.
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la autoridad de aplicación nacional de la presente ley.

CAPÍTULO XII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Art. 42.- Incorpórase como art. 152 ter del Código Civil

"152 ter. Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de tres años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible".

Art. 43.- Sustituyese el art. 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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

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

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

Art. 44.- Derógase la Ley 22914.

Art. 45.- La presente ley es de orden público.

Art. 46.- Comuníquese al Poder Ejecutivo

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

El presente Proyecto de Ley Nacional de Salud Mental tiene como antecedentes más próximos el Proyecto de Ley que hemos presentado en el año 2007 (Expediente 276-D-07) y el Dictamen conjunto de las Comisiones de Acción Social y Salud Pública, Legislación General y Justicia de esta Honorable Cámara de Diputados, aprobado con modificaciones el 9 de diciembre de 2008 (incluido en la Orden del Día 1625 del 16 de diciembre de 2008), que recoge gran parte de los aportes, modificaciones y propuestas que surgieron en el proceso de debate del marco normativo con los actores involucrados en el campo de Salud Mental y Derechos Humanos.

Dichos debates y aportes, no solamente han enriquecido la propuesta inicial, sino que cabe considerarlos como una parte constitutiva del proyecto que hoy estamos presentando nuevamente.

Destacamos el continuo acompañamiento y aportes de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación; de la Organización Panamericana de la Salud; del Centro de Estudios Legales y Sociales; del Consejo General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires; del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional; y de muchos otros referentes latinoamericanos e internacionales; autoridades nacionales, provinciales y municipales en la materia, legisladores y jueces nacionales; otros integrantes de organismos de derechos humanos; autoridades e integrantes de equipos e instituciones de salud; investigadores y docentes de universidades públicas; integrantes de asociaciones de familiares y usuarios de atención en Salud Mental.

Asimismo, entendemos que la activa participación en este proceso, da cuenta de la sentida necesidad de avanzar en una Legislación Nacional que consolide el cuidado en Salud Mental como un derecho humano fundamental para todas las personas, en concordancia con normativas de referencia en Salud Mental y Derechos Humanos a nivel internacional.

Este compromiso compartido, se materializó también en la realización de la Jornada "Hacia Una Ley Nacional de Salud Mental", convocada por la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y que tuvo lugar el pasado 30 de junio de 2008, en el Auditorio y Salones del Congreso de la Nación Argentina. Dicha Jornada, fue inaugurada por los Dres. Eduardo Luis Duhalde, Secretario de Derechos Humanos de la Nación, Juan H. Sylvestre Begnis, Presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados de la Nación; y mi participación como autor del Proyecto de Ley puesto a consideración y contó en el cierre con la presencia del Dr. Juan Carlos Nadalich, a cargo de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación. Participaron en carácter de panelistas los Dres. Hugo Cohen, Asesor Sub-Regional de Salud Mental,

América del Sur (OMS-OPS); Itzhak Levav, Representante de la Organización Mundial de la Salud; Antonio Eduardo Di Nanno, Coordinador de Unidad Coordinadora, Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación; Vicente Galli, Ex - Director de Salud Mental de la Nación; José Luis Galmarini, Juez de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. Nacional en lo Civil; los Lic. Victoria Martínez, Directora Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, Dr. Antonio Eduardo Di Nanno, Coordinador de Unidad Coordinadora, Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación; Ángel Barraco, referente del consejo General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires y Coordinador del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional y Roxana Amendolaro, en representación del Centro de Estudios Legales y Sociales.

En dicha Jornada se analizaron en profundidad algunos de los ejes que debe necesariamente incluir una Ley Nacional de Salud Mental, para apuntalar las transformaciones de instituciones y prácticas que son necesarias. Así, se trabajó conjuntamente con referentes académicos, autoridades sanitarias e institucionales, profesionales y otros trabajadores del sector, usuarios y familiares de personas con padecimiento mental, sobre la problemática de las internaciones involuntarias, la situación y declaración de incapacidad de personas con padecimiento mental, la situación de las instituciones monovalentes y el abordaje interdisciplinario que debe atravesar las diferentes intervenciones en este campo.

En estos años, el Proyecto de Ley Nacional de salud Mental, también fue puesto a consideración en numerosos encuentros en distintas instituciones y jurisdicciones del país, recibiendo sugerencias, aportes y el valioso estímulo para continuar adelante en la concreción de este marco normativo. Dentro de estos encuentros, recordamos las presentaciones y debates en los Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos convocados por la Asociación de Madres de Plaza de Mayo, en las reuniones de la Mesa Nacional de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, en la reunión de la Mesa Federal de Derechos Humanos en la Provincia de Neuquén, en las Jornadas Institucional con motivo del centenario de la Colonia Nacional Montes de Oca en la provincia de Buenos Aires, en diversas Asociaciones de Profesionales de Salud Mental, en ámbitos académicos, con organizaciones de usuarios y familiares de personas con padecimiento mental.

Esta historia reciente no nos exime de recordar y repasar la extensa historia de desarrollos conceptuales, políticas y prácticas en el campo de la salud mental en nuestro país, con la producción de experiencias alternativas al manicomio, pioneras en el ámbito latinoamericano, acompañadas por "movimientos reivindicadores" de los derechos de los enfermos mentales internados. En la segunda mitad del siglo XX, Enrique Pichón Rivière desarrolló los fundamentos de la psicología social en nuestro país. La creación de servicios de psicopatología en hospitales generales fue, en los años 70, un avance técnico-político para el área de la salud mental y significó una aceptación de la insuficiencia del modelo asilar tal como se la desarrollaba en los hospitales monovalentes. Una experiencia relevante en este sentido fue la que se desarrolló en el "Hospital Gregorio Aráoz Alfaro" de Lanús, con la Dirección del Dr. Mauricio Goldemberg. Las transformaciones allí realizadas y las concepciones innovadoras en lo relativo al tratamiento del problema de la salud mental, permitieron la constitución de

un marco teórico-técnico y político-sanitario que trascendió el ámbito médico para incorporar y legitimar, por primera vez, la presencia de otras disciplinas, y por tanto de otros encuadres terapéuticos. La dictadura militar - como en todas las áreas de la vida social y política de nuestro país - produjo un abismo que desarticuló estos procesos, junto con el saldo en víctimas de trabajadores de esas y otras instituciones.

A partir de la apertura democrática que viviera nuestro país desde 1983, la salud mental fue caracterizada como una de las prioridades del sector salud. En este período se puso en marcha rápidamente un proyecto de organización nacional del área. Así fue como se crearon los denominados "programas participativos nacionales", que instalaron la cuestión de la desinstitucionalización. La propuesta fue acompañada por grupos de profesionales que intentaban poner en el primer plano del escenario político sanitario la discusión acerca de la institución manicomial. Se planteó la democratización de las relaciones de poder institucional, a través de la generación de cambios sustantivos en los modelos de abordaje. Esta iniciativa permitió la creación de propuestas alternativas en los servicios y una fuerte tendencia a la disminución de las internaciones en los manicomios. En distintos lugares se iniciaron experiencias puntuales de modificaciones en las prácticas asistenciales, principalmente en salas de pacientes crónicos, intentándose modelos más abiertos en el seno de la institución (asambleas, trabajos grupales, talleres, etc.) e implementando estrategias extramuros (trabajo con familias, articulación interinstitucional). Los avances que se lograron en ese contexto fueron significativos. En primer lugar, se consolidó un "acuerdo político-técnico" que permitió la creación de direcciones y/o programas de salud mental en el 90% de las jurisdicciones, además de la construcción de un "foro federal ínter partidario, interdisciplinario e intersectorial" y la organización de una "red de servicios asistenciales estatales". Asimismo se avanzó en la capacitación de "equipos de conducción" de las direcciones y/o programas provinciales y en la capacitación de funcionarios del área Metropolitana y provincia de Buenos Aires. También se desarrollaron seminarios para los trabajadores (profesionales y no profesionales) tanto desde la Nación, como desde las provincias y/o regiones. Un hecho importante en la capacitación lo constituyó la creación de la "Residencia Nacional Interdisciplinaria en Salud Mental", dirigida a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, trapistas ocupacionales y enfermeros con inserción en los centros de salud y los hospitales generales.

A partir de la década de los 90s este proceso comenzó a desarticularse. La Dirección Nacional vio relegada su injerencia en la generación de políticas en el área y los programas pasaron a ser responsabilidad de cada provincia. En ese contexto en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, esa Dirección pasó a ser Instituto de Salud Mental, para posteriormente convertirse en Unidad Coordinadora y Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable.

A pesar de ello, en las distintas jurisdicciones se continuaron desarrollando experiencias -algunas muy incipientes, otras con mayor grado de consolidación- que implementaron prácticas alternativas a la internación psiquiátrica, de los cuales los ejemplos más acabados de este modelo son la provincia de Río Negro y la de San Luis.

También la Provincia de Tierra del Fuego ha sostenido un modelo de atención no manicomial, en base a servicios de salud mental en los Hospitales Generales con un dispositivo de internación compartido y de carácter breve. La muy escasa tasa de

derivaciones que se generan desde el Hospital Regional de Ushuaia demuestra como, en un contexto de relativo buen funcionamiento de los distintos dispositivos estatales, es posible sostener un modelo sin instituciones cerradas.

En nuestros días, la problemática de la salud-enfermedad atención mental se visibiliza como un problema relevante para la salud pública y requiere ser abordado tanto en su especificidad como en forma integral como parte indisoluble del Derecho a la Salud y los Derechos Humanos en general de todas las personas.

Para dar contenido a esta urgencia sólo basta mirar algunos datos de estudios de referencia internacional. Según el Informe de la Salud en el mundo de la Organización Mundial de Salud (OMS) del año 2001, se estima que el 25% de la población mundial padece uno o más trastornos mentales o de comportamiento a lo largo de su vida; que una de cuatro familias tiene al menos uno de sus miembros con padecimientos mentales (OMS, 2001); que la carga que representa el familiar enfermo no es sólo emocional sino económica y que el impacto de la enfermedad mental es además de negativa, prolongada (UK 700 Group, 1999).

Según datos preliminares PROSAM- MSN, en la Argentina existen 54 instituciones con internamiento crónico: 1 colonia nacional; 11 colonias y 42 hospitales psiquiátricos provinciales. La cantidad de personas internadas en instituciones públicas estatales es de alrededor de 21.000 (14.000 en colonias y 7.000 en hospitales psiquiátricos)

El Informe "Vidas Arrasadas - La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos - Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina" producto de una investigación llevada a cabo en nuestro país por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI) durante los años 2004-2007, denuncia la persistencia de situaciones de negligencia, abuso y privación de libertad de personas por causa de su padecimiento mental.

Al mismo tiempo, investigaciones en nuestro país y en el mundo alertan sobre el uso y abuso de psicofármacos para tratar situaciones o problemáticas conflictivas, que profundizan la "medicalización" de la vida cotidiana, a partir de edades cada vez más tempranas. Es así, como en tiempos históricos de profunda desigualdad en condiciones materiales de vida de la población en el mundo y marcadas inequidades en el acceso a derechos básicos como la alimentación, el cuidado de la salud, el trabajo, se procura reducir el malestar y encuadrarlos bajo rótulos psicopatológicos, mayoritariamente funcionales al orden social hegemónico y a los intereses de la industria farmacéutica.

Lo hasta aquí reseñado, son sólo algunas miradas posibles de la problemática salud-enfermedad-atención mental, que requiere en forma imprescindible ser reconocido en su complejidad y abordado interdisciplinariamente.

Continuar, promover y afianzar políticas, acciones, investigación, a nivel nacional es una deuda que aún tiene el Estado Nacional en el marco de la defensa de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental.

Como señalara el Dr. Eduardo Luis Duhalde en la Apertura de la Jornada del 30 de junio del año pasado "...Si bien nadie hoy teoriza a favor del status-quo, este se impone

por fuerza de la inercia, pese a los esfuerzos y reclamos de los profesionales y auxiliares de las distintas áreas de la salud mental, y de las organizaciones no gubernamentales específicas. Lo cierto es que la falta de una Ley sobre la Salud Mental, es una de las grandes deudas del Parlamento argentino, que es hora de saldar positivamente..."

En el contexto internacional, si bien no existen instrumentos internacionales específicos de Salud Mental vinculantes para nuestro país, reconocemos como marcos de referencia muy valiosos los "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental", adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1991 y la "Declaración de Caracas", en el marco de la OEA., adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, entre otros.

En nuestro país, contamos con antecedentes de varias legislaciones jurisdiccionales. A título de ejemplo, la ley 2440 del año 1991 de la provincia de Río Negro, la ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionada en el año 2000, constituyen modelos de avance en términos de reconocimiento del derecho de acceso a la salud y la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Asimismo, se han presentado y están siendo discutidos proyectos de Ley de Salud Mental en varias provincias de nuestro país, como en la provincia de Buenos Aires, Chubut, entre otros, con gran coincidencia de ideas y propuestas.

También queremos precisar, un capítulo que consideramos relevante al momento de establecer un nuevo régimen en base al derecho a la salud mental de las personas, y que contiene la modificación de algunos artículos del Código Civil que tratan sobre la declaración judicial de inhabilitación e incapacidad. Por un lado, porque contiene términos anacrónicos y discriminatorios para designar a las personas con diferentes padecimientos psicológicos. Por otro lado, porque restringe las evaluaciones profesionales al campo de la medicina, eludiendo la interdisciplinariedad indispensable para una toma de decisión adecuada en un terreno tan complejo como la restricción de la libertad y autonomía de las personas. A su vez la redacción actual desconoce la particularidad de cada caso y peca de establecer el mismo remedio para situaciones diferentes. En suma, esta modificación propuesta del Código Civil tiende a considerar a las personas que deban ser declaradas incapaces como sujetos de derecho, cuya singularidad es necesaria considerar y atender, y a restringir su autonomía lo menos posible y por plazos también breves sujetos a revisión.

Por lo expuesto y con la vocación de afianzar los avances realizados en la historia de nuestro país, consolidando a la Salud Mental como un valor humano fundamental, y reconociendo que la protección de los derechos sociales y humanos de las personas con trastornos mentales es una obligación del Estado, pedimos a nuestros pares que nos acompañen en la sanción del presente proyecto de ley.