

H.Cámara de Diputados de la Nación

PROYECTO DE LEY

Texto facilitado por los firmantes del proyecto. Debe tenerse en cuenta que solamente podrá ser tenido por auténtico el texto publicado en el respectivo Trámite Parlamentario, editado por la Imprenta del Congreso de la Nación.

N° de Expediente	0276-D-2007
Trámite Parlamentario	005 (07/03/2007)
Sumario	REGIMEN DE SALUD MENTAL.
Firmantes	GORBACZ, LEONARDO ARIEL - GARCIA MENDEZ, EMILIO ARTURO - RIOS, MARIA FABIANA.
Giro a Comisiones	ACCION SOCIAL Y SALUD PUBLICA; LEGISLACION GENERAL; JUSTICIA.

El Senado y Cámara de Diputados,...

Ley DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

DERECHOS Y GARANTÍAS

ARTÍCULO 1°: La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas que se encuentran en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO 2°: La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en:

- a) El artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional -adhesión a los Tratados Internacionales-.
- b) Los principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991.
- c) La Declaración de Caracas de la OPS/OMS para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud del 14 de noviembre de 1990.

CAPÍTULO II

ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 3°: Todos los efectores de servicios de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deberán adaptar sus modalidades prestacionales a la presente ley.

CAPÍTULO III

DEFINICIÓN

ARTÍCULO 4°: En el marco de la presente ley se reconoce la tríada salud-enfermedad-atención en lo mental como un proceso determinado por componentes históricos, sociales, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

En ningún caso debe presumirse existencia de problemáticas en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

1. Status político, económico o social, o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.

2. Demandas familiares o laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.

3. Elección o identidad sexual

4. La mera existencia de una historia de tratamiento u hospitalización.

5. Otras determinaciones que no estén relacionadas con una construcción interdisciplinaria de la problemática en la cual se articulen los diferentes aspectos de la vida individual, social y cultural de la persona.

ARTÍCULO 5º: A los efectos de la interpretación de esta ley, la definición de salud mental incluye trastornos de alcoholismo y los diversos tipos de adicción.

ARTÍCULO 6º: La existencia de diagnóstico o patología en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo o incapacidad permanente, las que sólo podrán deducirse a través de una evaluación multidisciplinaria de cada situación puntual en un momento determinado.

CAPÍTULO IV

MODALIDAD DE ABORDAJE

ARTÍCULO 7º: El Estado garantiza un sistema de acceso gratuito e igualitario a la atención sanitaria y social de las personas con padecimiento mental fundada en el derecho de toda persona a ser asistido en la comunidad en la que vive, en el marco de modalidades terapéuticas adecuadas a sus antecedentes sociales, culturales y religiosos.

ARTÍCULO 8º: La atención de las personas con sufrimiento mental tenderá progresivamente a estar a cargo de un equipo interdisciplinario de salud mental de forma de ofrecer asistencia integral de los diferentes aspectos enunciados en el artículo 4 de la presente ley. Estos equipos deben incluir las áreas de enfermería, medicina, trabajo social, psicología, terapia ocupacional y otros recursos técnicos y profesionales no convencionales.

ARTÍCULO 9º: El proceso de atención debe garantizar la mejor calidad y efectividad a través de un sistema de redes orientadas al reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales basados en la organización de los principios de la atención primaria de la salud.

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial a través de instituciones comunitarias de salud mental.

ARTÍCULO 10º: Los diferentes efectores tenderán progresivamente a llevar a cabo la provisión de: consultas ambulatorias; servicios de rehabilitación para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción de la salud mental, así como otras prestaciones alternativas a la internación tales como casas de medio camino, talleres protegidos, centros de capacitación sociolaboral, hogares y familias sustitutas.

ARTÍCULO 11º: La prescripción de medicación responderá a las necesidades fundamentales de la salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos y nunca como castigo, conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo se realizará a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática.

El tratamiento psicofarmacológico deberá realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario.

CAPÍTULO V

ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL

ARTÍCULO 12º: En tanto se define el campo de la salud mental como interdisciplinario, las diferentes profesiones que componen el equipo profesional tendrán los mismos deberes, obligaciones y derechos

en cuanto a la organización de la tarea y del sistema de atención; y deberes y obligaciones diferenciadas de acuerdo a su formación disciplinar. Los diferentes profesionales universitarios que integran los equipos están en igual condición para ocupar los cargos gerenciales y de conducción de los equipos y/o de las instituciones.

CAPÍTULO VI

INTERNACIONES

ARTÍCULO 13°: La internación debe concebirse como último recurso terapéutico en caso que no sean posibles los abordajes ambulatorios. La misma se llevará a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario y/o social.

La internación es un instrumento técnico importante en el tratamiento y no puede ser aplicada en forma aislada sino que debe articularse con otras medidas y acciones comprendidas en el proceso terapéutico. Estas deberán apuntar a la creación y funcionamiento de dispositivos para el abordaje previo y posterior a la internación, favoreciendo el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, garantizando la atención integral.

ARTÍCULO 14°: La duración de un proceso de internación debe ser lo más breve posible y estará en función de criterios terapéuticos, que serán interdisciplinarios.

En ningún caso la internación será indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado deberá proveer las soluciones adecuadas a través de los organismos públicos competentes, incluyendo planes de vivienda, planes sociales y/o laborales, casas de medio camino y otras medidas que apunten a la restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTÍCULO 15°: Toda disposición de internación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Evaluación y diagnóstico interdisciplinario.
2. Datos acerca de la identidad y el entorno familiar.
3. Motivos que justifican la internación
4. Autorización de la persona o del representante legal cuando corresponda.

ARTÍCULO 16°: En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares, la Institución que realiza la internación en colaboración con los organismos públicos que corresponda procurará realizar los contactos con los familiares o lazos afectivos que la misma tuviese o indicase.

La Institución deberá brindar colaboración a todos los requerimientos de información que realice el Órgano Consultivo de Derechos Humanos y Salud Mental que se crea en el artículo 29 de la presente Ley y todo aquello que ayude al cumplimiento de las funciones establecidas en el art. 31.

ARTÍCULO 17°: La internación involuntaria o forzada de una persona sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo profesional mediare situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros. La certificación de internación deberá por lo menos contar con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas.

Para que proceda la internación involuntaria además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

1. Dictamen profesional que determine la situación de riesgo 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.
2. Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento
3. Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera, constando detalles acerca de la duración y alcance de las mismas

ARTÍCULO 18°: La internación involuntaria deberá comunicarse obligatoriamente, en un plazo de 48 horas hábiles, al Juez competente. El mismo podrá:

- a) autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley,
- b) requerir informes extras 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.
- c) denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso procederá el alta de forma inmediata.

En caso de no expedirse se considerará autorizado, hasta tanto el Juez no determine lo contrario.

ARTÍCULO 19°: La persona internada involuntariamente tendrá derecho a designar un abogado de su confianza. Si no lo hiciera el Estado deberá proporcionarle uno.

ARTÍCULO 20°: No corresponde intervención del Juez al momento del alta, externación o permisos de salida, que resultan una facultad exclusiva del equipo profesional tratante. Sólo deberá informarse de estas novedades y el Juez no podrá impedirlos en ningún caso. Tampoco puede el Juez ordenar por sí mismo una internación involuntaria.

ARTÍCULO 21°: Habiendo autorizado la internación involuntaria, el Juez deberá solicitar informes con una periodicidad no mayor a sesenta (60) 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.

ARTÍCULO 22°: Transcurridos los primeros sesenta (60) días en el caso de internaciones involuntarias o noventa (90) días en el caso de internaciones consentidas, el Juez o la institución respectivamente, darán parte al Órgano Consultivo que se crea en el artículo 29 de la presente ley.

ARTÍCULO 23°: En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se procederá del mismo modo que en el caso de internaciones involuntarias.

ARTÍCULO 24°: En todos los casos el proceso de internación debe realizarse en un ambiente lo menos restrictivo posible y apuntar a la realización de tratamientos que correspondan a las necesidades de salud de la persona, para lo cual se deben evitar progresivamente las internaciones en instituciones manicomiales, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente.

ARTÍCULO 25°: La creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente queda prohibida por la presente ley. En el caso de los ya existentes se deberán adaptar a los objetivos y principios expuestos. Esta adaptación en ningún caso significará reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTÍCULO 26°: Las internaciones por causas relacionadas a problemáticas de la salud mental han de ir realizándose progresivamente en hospitales generales, para lo cual los hospitales de la red pública han de ir contemplando la atención en el campo de la salud mental como un elemento más de sus prestaciones.

CAPÍTULO VII

DERIVACIONES

ARTÍCULO 27°: Las Jurisdicciones deberán garantizar los recursos necesarios para que la asistencia se pueda realizar en el ámbito comunitario.

Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponderán si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social y familiar o por razones de imposibilidad fundadas y de carácter transitorio. Deberán efectuarse y desarrollarse con acompañante del entorno familiar y/o afectivo de la persona.

En cualquier caso las derivaciones serán comunicadas por la Institución que las realiza al Órgano Consultivo de Derechos Humanos y Salud Mental que se crea en el art. 29 de la presente Ley.

CAPÍTULO VIII

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 28º: Créase la Dirección Nacional de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación quien será responsable de la planificación, organización y seguimiento de un Plan Nacional de Salud Mental acorde a la presente ley.

CAPÍTULO IX

ÓRGANO CONSULTIVO DE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL

ARTÍCULO 29º: Créase el Órgano Consultivo de Derechos Humanos y Salud Mental con el objeto de proteger los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental.

ARTÍCULO 30º: El Órgano Consultivo de Derechos Humanos y Salud Mental estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, de asociaciones de usuarios del sistema de salud, de los trabajadores de la salud a través de sus organizaciones gremiales y de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTÍCULO 31º: Son funciones del Órgano Consultivo:

- a) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado.
- b) Realizar recomendaciones a la autoridad de aplicación
- c) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos
- d) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos
- e) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares
- f) Informar a la Dirección Nacional de Salud Mental periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.
- g) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 26 de la presente ley.
- h) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de las personas que tengan padecimientos psíquicos o se encuentren bajo tratamiento de su salud mental.

CAPÍTULO X

CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS

ARTÍCULO 32º: El Estado Nacional realizará convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a garantizar los principios expuestos en esta norma. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación económica y financiera de la Nación .
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente con participación de las universidades
- c) Creación en cada una de las jurisdicciones de órganos consultivos similares a los que se crean por la presente ley, los que actuarán en coordinación con el órgano nacional.

CAPÍTULO XI

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 33º: Modifícase el Título X, Libro Primero, Sección Primera del Código Civil el que quedará redactado de la siguiente forma:

"TÍTULO X

DE LAS PERSONAS INCAPACITADAS E INHABILITADAS

Art. 140- Ninguna persona será inhabilitada sin que previamente haya una declaración por Juez competente, en base a evaluación interdisciplinaria de profesionales universitarios en el área de salud mental, que justifique la conveniencia de tal medida

Art. 141- Se declaran personas con incapacidad por razones de salud mental solamente a aquellos que tengan graves limitaciones para dirigir su persona o administrar sus bienes en grado tal que ponga en riesgo su patrimonio, su salud o su vida de forma clara.

Art. 142- La declaración judicial de incapacidad no podrá hacerse sino a solicitud de parte y después de una evaluación interdisciplinaria de salud mental.

Art. 143- En la evaluación interdisciplinaria deberá constar no sólo el diagnóstico sino también la situación social de la persona y una descripción detallada de cuáles son las limitaciones precisas que le impone la enfermedad o trastorno, así como también una descripción de las capacidades que posee. Deberá contener además el tiempo estimativo de rehabilitación total o parcial.

Art. 144- Los que pueden pedir la declaración de incapacidad son:

1. El esposo o esposa no separados personalmente ni divorciados vincularmente, o convivientes;
2. Los parientes de la persona;
3. El Ministerio de Menores;
4. El respectivo cónsul si la persona fuese extranjera.

Art. 145- No podrá declararse incapacidad a personas menores de catorce años

Art. 146- No podrá declararse la incapacidad de una persona cuando una solicitud igual se hubiese declarado ya improbadada, aunque sea otro el que la solicitase, salvo que expusiese circunstancias sobrevinientes a la declaración judicial

Art. 147- Interpuesta la solicitud de declaración de incapacidad, debe nombrarse para el demandado un curador provisional que lo represente y defienda en el pleito, hasta que se pronuncie la sentencia definitiva. En el juicio es parte esencial el Ministerio de Menores. El demandado tiene derecho a designar un abogado de confianza o que se le designe uno de oficio desde el inicio del proceso y hasta que finalice la declaración de incapacidad o inhabilitación, si esta se determinase.

Art. 148- Cuando la situación de incapacidad aparezca notoria e indudable el Juez mandará inmediatamente recaudar los bienes de la persona denunciada y entregarlos bajo inventario a un curador provisorio, para que los administre.

Art. 149- Si el denunciado fuere persona menor de edad, su padre o su madre o su tutor ejercerán las funciones del curador provisorio.

Art. 150- La cesación de la incapacidad por el parcial o completo restablecimiento, sólo tendrá lugar después de un nuevo examen interdisciplinario hecho por profesionales, y después de la declaración judicial, con audiencia del ministerio de Menores.

Art. 151- La sentencia sobre incapacidad y su cesación, sólo hacen cosa juzgada en el juicio civil, para los efectos declarados en éste código: más no en juicio criminal, para excluir una imputación de delitos o dar lugar a condenaciones.

Art. 152- Tampoco constituye cosa juzgada en el juicio civil, para los efectos de que se trata en los artículos precedentes, cualquier sentencia en un juicio criminal que no hubiese hecho lugar a la acusación por motivo de la incapacidad del acusado, o que lo hubiese condenado como si no estuviese incapacitado.

Art. 152 bis- Podrá inhabilitarse judicialmente:

1. A quienes por trastornos de salud mental, alcoholismo o adicciones estén expuestos claramente a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio.
2. Los disminuidos en sus facultades, cuando sin llegar al supuesto previsto en el artículo 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar un daño inminente a su persona o patrimonio.
3. A quienes por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes expusiesen a su familia a la pérdida del patrimonio. Sólo procederá en este caso la inhabilitación si la persona imputada tuviere cónyuge, ascendientes o descendientes y hubiese dilapidado una parte importante de su patrimonio. La acción para obtener esta inhabilitación sólo corresponderá al cónyuge, ascendientes y descendientes.

Se nombrará un curador al inhabilitado y se aplicará en lo pertinente las normas relativas a la declaración de incapacidad.

Las personas inhabilitadas podrán otorgar por sí solos actos de administración, salvo para los que esté expresamente limitado por la sentencia de inhabilitación, teniendo en cuenta las circunstancias del caso.

Art. 152 ter- La declaración judicial de incapacidad o inhabilitación deberá determinar claramente en base a la evaluación interdisciplinaria:

- a) Cuáles son las funciones que quedan limitadas por la declaración
- b) Las facultades específicas del curador que se derivan de lo establecido en el inciso anterior.
- c) Cuál es el tiempo por el cual se declara la inhabilitación, tomando en cuenta el plazo estimativo de rehabilitación. La declaración no podrá exceder un plazo de cinco (5) años. Transcurrido el plazo determinado se deberá realizar una nueva evaluación interdisciplinaria a partir de la cual se podrá renovar, cancelar o modificar la declaración de inhabilitación.

ARTÍCULO 34°: Modifícase el artículo 473 del Código Civil el que quedará redactado de la siguiente forma:

"Art. 473- Los actos anteriores a la declaración de incapacidad podrán ser anulados, si la causa de la interdicción declarada por el Juez existía públicamente en la época en que los actos fueron ejecutados.

Si el trastorno que genera la incapacidad no era notorio, la nulidad no puede hacerse valer, haya habido o no sentencia de incapacidad contra los contratantes de buena fe y a título oneroso"

ARTÍCULO 35°: Modifícase el artículo 479 del Código Civil el que quedará redactado de la siguiente forma:

"Art. 479- En todos los casos en que el padre o madre puede dar tutor a sus hijos menores de edad, podrá también nombrar curadores por testamento a los mayores de edad o con declaración de inhabilitación o incapacidad"

ARTÍCULO 36°: Derógase el artículo 469 del Código Civil.

ARTÍCULO 37°: Derógase el artículo 475 del Código Civil.

ARTÍCULO 38°: Derógase el Art. 482 del Código Civil

ARTÍCULO 39°: Abrógase la Ley 22914.

ARTÍCULO 40°: Las leyes de salud mental de las diferentes jurisdicciones seguirán en vigencia en la medida en que no contradigan los derechos y garantías establecidos en la presente ley. Las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deberán adaptar sus legislaciones, incluida la procesal, a las disposiciones que aquí se establecen.

ARTÍCULO 41: El Poder Ejecutivo Nacional reglamentará la presente Ley dentro de los noventa días de su sanción.

ARTÍCULO 42: De forma.

FUNDAMENTOS

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

Nuestro país tiene una larga historia de transformaciones en el ámbito de la atención a la problemática de la "salud-enfermedad mental", con experiencias alternativas al manicomio que estuvieron acompañadas por "movimientos reivindicadores" de los derechos de los enfermos mentales internados

La creación de servicios de psicopatología en hospitales generales fue, en el segundo período de 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 Evita" de Lanús, con la Dirección de 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 lo tanto de otros encuadres terapéuticos.

Ya a mediados de los años 70 el "Instituto Nacional de Salud Mental" propone la redefinición de las políticas a partir de las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud. Entre sus lineamientos generales se menciona "la incorporación de aspectos sociales en la planificación de las políticas del área".

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. Sobre la base de un informe OPS/OMS se pudo llegar a la conclusión de que dicha prioridad se debió al deterioro del área con un marcado menoscabo de las instituciones monovalentes, un elevado costo del cuidado de la salud mental y, por lo tanto, una alta carga financiera para el subsector público.

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. En ese momento 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 posibilitó 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 cotidianas, principalmente en salas de pacientes crónicos, intentando modelos más abiertos en el seno de la institución (asambleas, trabajos grupales, talleres, etc.) e implementando estrategias extramuros (trabajo con familias, articulación interinstitucional, etc.).

Los avances que se lograron en ese contexto fueron interesantes. En primer lugar, se consolidó un "acuerdo político-técnico" que posibilitó la creación de direcciones y/o programas de salud mental en el 90% de las jurisdicciones, además de la construcción de un "foro federal interpartidario, 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, terapeutas ocupacionales y enfermeros con inserción en los centros de salud y los hospitales generales.

A partir de la década del '90 este proceso comenzó a desarticularse. La Dirección Nacional no volvió a tener relevancia en la generación de acciones 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, esta Dirección pierde jerarquía y pasa a ser Instituto de Salud Mental, para posteriormente convertirse en Unidad Coordinadora y Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable.

A pesar de esto en las distintas jurisdicciones se continuaron desarrollo experiencias -algunas muy incipientes, otras con mayor grado de consolidación- que desarrollaron prácticas alternativas a la internación psiquiátrica, 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.

Continuar, promover y afianzar estas experiencias y cambios 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.

En el contexto actual en el que vivimos abordar la problemática de la salud-enfermedad atención en lo mental se constituye en un problema relevante para la salud pública y requiere una urgente resolución.

Para dar contenido a esta urgencia sólo basta mirar algunos datos de estudios recientes que estiman 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 cargas 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-.

Los antecedentes de legislaciones jurisdiccionales como son la ley 2440 del año 1991 de la provincia de Río Negro o 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.

Sin embargo, en paralelo a los avances en cuanto a la concepción de la salud mental que hemos descripto anteriormente, se produce también por otro lado un verdadero retroceso, que consiste en el sobre-uso de psicofármacos para tratar situaciones o conflictivas que, consideramos, requerirían de otro tipo de abordajes.

Este grave problema que enfrenta el campo de la salud mental es la tendencia cada vez más marcada a la "medicalización". Recientes informes de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de Naciones Unidas demuestran un incremento en el uso de "drogas lícitas", en particular ansiolíticos y antidepresivos, que estaría a punto de superar al de las ilícitas en el mundo. Si bien esto se explica en buena medida por la falta de control en la venta de medicamentos, también es cierto que en muchos casos tales consumos, que a veces se convierten en adictivos, comienzan a desarrollarse a partir de prescripciones médicas y constituyen el resultado exitoso de una estrategia de marketing de los laboratorios que los fabrican.

La aparición de la psicofarmacología constituyó sin duda un avance científico importante en el tratamiento de las enfermedades mentales. Pero la presión de los laboratorios que buscan colocar sus productos a como dé lugar sumado a una falta de regulación efectiva de los medicamentos en nuestro país, ha generado un aumento del consumo indebido, a veces bajo prescripción médica innecesaria, y a veces sin indicación profesional, en un contexto social donde se visualiza a cualquier estado de

displacer como anormal y a los medicamentos como soluciones mágicas. Entendemos que es necesario cambiar radicalmente ese escenario que lejos de mejorar el estado de la salud mental de nuestros ciudadanos agrega un problema extra y para nada menor, como lo es la adicción a los psicofármacos. Por eso proponemos, en el articulado de este proyecto de ley, la importancia de un abordaje interdisciplinario en el campo de la salud mental y la necesidad imperiosa de que la indicación de psicofármacos se realice de manera racional, ajustada al saber científico, alejada de criterios de control y seguridad, y coordinada con intervenciones interdisciplinarias que apunten a resolver o mejorar los conflictos psicológicos en el marco de un abordaje reflexivo, respetuoso de la singularidad de las personas y de su integralidad bio-psico-social.

En este mismo sentido planteamos que el carácter interdisciplinario del campo de la salud mental se debe reflejar en equipos cuyos profesionales universitarios tengan responsabilidades diferenciadas acorde sus disciplinas, pero equivalentes en orden a la capacidad de conducir o coordinar los dispositivos e instituciones. Caso contrario, estaríamos privilegiando una profesión por sobre otra y negando en los hechos el enfoque conceptual que sostenemos en la teoría.

Un capítulo importante para establecer un nuevo régimen en base al derecho a la salud mental de las personas, es la modificación que proponemos 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 delicado 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 este sentido proponemos un nuevo concepto que, a partir de nombrar a los sujetos como "personas" y no como "dementes", establece la necesidad de una evaluación interdisciplinaria que oriente al Juez en una declaración de incapacidad o inhabilitación que deberá determinar para cada caso particular cuáles son las restricciones mínimas necesarias, y estas a su vez tendrán plazo máximo establecido a partir del cual se deberá revisar la decisión. Además, incluimos el derecho a un abogado que represente los intereses de la persona en juicio o declarada con incapacidad o inhabilitación.

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 necesario 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.