

Proyecto de Ley Nacional En Salud Mental

Estimados:

Reenviamos el proyecto de Ley Nacional de Salud Mental presentado ya el año pasado en Diputados. Esta vez, con algunos cambios, ha sido presentado en el Senado y nos han pedido lo compartamos con uds. Saludos.

Lic. Yago Di Nella (Mesa de Justicia, Salud Mental y DD HH)

H.Cámara de Senadores de la Nación

PROYECTO DE LEY

Nº de Expediente	
Trámite Parlamentario	
Sumario	LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL.
Firmantes	DIAZ, MARÍA ROSA.
Giro a Comisiones	SALUD Y DEPORTE; JUSTICIA.

El Senado y Cámara de Diputados,...

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

DERECHOS Y GARANTÍAS

Artículo 1º.- 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. Esta concepción se inserta en marcos más amplios, que para la sociedad en su conjunto es el de los valores humanos y para el sector salud es la integración de la salud mental en la salud integral que deben procurar los sistemas y servicios

Art. 2º.- 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. 4°.- 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. 5°.- 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. 6°.- 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 prácticas 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 designe el asistido, 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 ser atendido con respeto por la interculturalidad y por personal que hable su propia lengua, y a recibir prácticas que, a criterio del Órgano de Revisión, no impliquen riesgo cierto para su salud
- l) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- m) 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;
- n) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- ñ) 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°.- La atención en salud mental estará a cargo de un equipo transdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psiquiatría, psicología, 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 metadisciplinario 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. La propuesta de un consentimiento a cualquier persona será coherente con el trabajo en equipo y de respeto a los derechos humanos que se le reconocen en esta ley

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

Art. 11°: Las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, instrumentarán acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Desarrollarán 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 alternativas 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. Los tratamientos psicofarmacológicos se realizarán en el marco de abordajes transdisciplinarios.

CAPÍTULO VI

DEL EQUIPO TRANSDISCIPLINARIO

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 preservarse 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 transdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo transdisciplinario 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 transdisciplinario 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 continua 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 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 médico psiquiatra o psicólogo.

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, en caso de que el alta por parte del equipo de salud se demore innecesariamente.

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 transdisciplinario 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.- Para el cumplimiento cabal de esta legislación, todas las jurisdicciones adoptarán las medidas a fin de asegurar el personal e instalaciones necesarios, adecuados y suficientes, con adecuadas condiciones y medio ambiente de trabajo

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. La adecuación no podrá exceder los 2 años a partir de la sanción de esta Ley

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. El plazo para la adecuación de los hospitales generales no excederá los 12 meses desde la sanción de la presente Ley

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. En la medida de sus

particulares desarrollos para el cumplimiento de esta Ley, las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adoptarán 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, pondrá en marcha 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, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, desarrollará estándares de habilitación, y también de supervisión y acreditación periódicas 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, con la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización. Los datos provistos por el Censo generarán las medidas que correspondan para la convalidación y resolución de los problemas detectados

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. Las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adoptarán el mismo criterio, adecuado a sus propias realidades, en un plazo de 90 días a partir de la sanción de esta Ley.

Art. 37.- La autoridad de aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe obtendrá la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales de acuerdo 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 transdisciplinario, 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 propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos
- i) 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.
- j) 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.
- k) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de tales dictámenes. El grado de inhabilidad será revisado oportunamente en función de cada cambio observado.
- l) Aplicar sanciones en caso de incumplimiento de esta Ley, ad referendum de la autoridad de aplicación

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 transdisciplinario 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 transdisciplinario 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. Su reglamentación se realizará dentro de los 90 días de sancionada

Art. 46.- Comuníquese al Poder Ejecutivo

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

Ante la urgencia de contar con un marco normativo integral para la salud, grave falencia que se arrastra durante decenios, se presenta este Proyecto que tiende a reforzar la presentación de un Proyecto del mismo tema en la Cámara de Diputados.

JUSTIFICACIÓN DE ESTA PRESENTACIÓN

Se ha tenido en cuenta dicho Proyecto, que se considera una avanzada en la materia, al cual se incorporaron 25 modificaciones, 6 de ellas sustanciales, pero todas en refuerzo de las mejores propuestas del Proyecto de la CD. Este punto de partida justifica también el uso de diversos argumentos utilizados por los Diputados en la Fundamentación de su Proyecto

Se entiende que la presencia de un Proyecto de Legislación en Salud Mental en ambas Cámaras, más allá de que tienen, a veces, importantes diferencias, nunca contradictorias, constituye un importante aporte para que se concrete la función del Congreso de la Nación en cubrir un vacío legislativo en un tema de altísima prioridad para la salud de los habitantes del suelo argentino

LOS CAMBIOS PROPUESTOS EN ESTE PROYECTO

Sobre la base de los 46 artículos del Proyecto de la Cámara de Diputados, se presenta un Proyecto del mismo número de artículos con refuerzos y agregados al mismo, entre los que destacan:

- Integración de la salud mental en la salud general y de la salud en el desarrollo social
- Unidad del Sistema en el cumplimiento de la Ley, tanto por las Jurisdicciones como por las OOS y el sistema prepago
- Precisiones en la intervención judicial, tendiente a evitar ambigüedades y desarticulaciones
- Alusión a necesarias adecuaciones de personal y de sus condiciones y medio ambiente de trabajo
- Meta y transdisciplinariedad como profundización de la multi e interdisciplinariedad
- Mayores garantías para la libertad de los sujetos con padecimiento mental
- Incorporación de la acreditación periódica y sus consecuencias
- Respeto pro la interculturalidad

EL PROYECTO DE LA CAMARA DE DIPUTADOS

Vale la pena hacer una síntesis del recorrido del Proyecto sobre el mismo tema presentado en la Cámara de Diputados por los Sres. Diputados GORBACZ, LEONARDO ARIEL - SYLVESTRE BEGNIS, JUAN HECTOR - SEGARRA,

ADELA ROSA - MERCHAN, PAULA CECILIA - FEIN, MONICA HAYDEE - IBARRA, VILMA LIDIA - CORTINA, ROY - CIGOGNA, LUIS FRANCISCO - TORFE, MONICA LILIANA - STORNI, SILVIA, bajo el n1 de Expte 0126-D-2009, que adquirió Estado Parlamentario (02/03/2009) bajo el n° 001

Tiene como antecedentes más próximos el Proyecto de Ley que 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 actores involucrados en el campo de Salud Mental y Derechos Humanos.

LOS CONSENSOS OBTENIDOS POR DIPUTADOS PROPICIANTES

El Proyecto de la Cámara de Diputados contó con el aval 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.

Esa participación amplia da cuenta de la 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 internacionales en Salud Mental y Derechos Humanos.

El 30 de junio de 2008, el Proyecto fue convalidado y mejorado por una Jornada convocada por la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Participaron como Panelistas 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 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; Ángel Barraco, referente del Consejo General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires y Co-coordinador del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional y Roxana Amendolaro, en representación del Centro de Estudios Legales y Sociales.

La participación ampliada incluyó referentes académicos, trabajadores del sector, usuarios y familiares de personas con padecimiento mental, en un abordaje metadisciplinario.

En estos años, el Proyecto de Ley Nacional de Salud Mental, también fue expuesto por los Diputados en numerosas instituciones y jurisdicciones del país que aportaron a su articulado: Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos convocados por la Asociación de Madres de Plaza de Mayo, reuniones de la Mesa Nacional de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, reunión de la Mesa Federal de Derechos Humanos en la Provincia de Neuquén, Jornadas Institucional con motivo del centenario de la Colonia Nacional Montes de Oca en la provincia de Buenos Aires, Asociaciones de Profesionales de Salud Mental, ámbitos académicos, y organizaciones de usuarios y familiares de personas con padecimiento mental.

ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL

En la extensa historia de desarrollos conceptuales, políticos y prácticos en el campo de la salud mental en nuestro país, cabe mencionar experiencias alternativas al manicomio y a la institucionalización, pioneras en el ámbito latinoamericano, cuyos referentes son Enrique Pichón Rivière, Alfredo Moffatt, Mauricio Goldemberg.

Las iniciativas instrumentadas, cuyas huellas estás presentes en varios programas jurisdiccionales, incluyen "programas participativos nacionales" de desinstitucionalización, democratización de las relaciones de poder institucional, experiencias puntuales de modificaciones en las prácticas asistenciales. Esta iniciativa se plasmó principalmente en salas de pacientes crónicos con modelos más abiertos (asambleas, trabajos grupales, talleres, etc.), estrategias extramuros, "acuerdo político-técnico" que posibilitó la creación de direcciones y/o programas de salud mental en el 90% de las jurisdicciones, construcción de un "foro federal ínter partidario, metadisciplinario e intersectorial" y la organización de una "red de servicios asistenciales estatales", capacitación de "equipos de conducción" de las direcciones y/o programas provinciales y capacitación de funcionarios del área Metropolitana y Provincia de Buenos Aires, seminarios para los trabajadores (profesionales y no profesionales) tanto desde la Nación, como desde las provincias y/o regiones capacitación con 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 en los hospitales generales.

A partir de la década de los 90s este proceso comenzó a desarticularse. La Dirección Nacional de Salud mental del Ministerio de Salud de la Nación vio relegada su injerencia en la generación de políticas en el área y los programas pasaron a ser responsabilidad de cada provincia. 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, se mantuvieron y desarrollaron experiencias alternativas a la internación psiquiátrica, fundamentalmente en Río Negro y 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.

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

En nuestros días, la problemática de la salud-enfermedad atención mental se visibiliza como un problema relevante para la salud pública en relación estrecha con los Derechos Humanos, pero altamente reducible.

“Las personas con trastornos mentales se enfrentan a una variedad alarmante de abusos de los derechos humanos en países de todo el mundo; sin embargo, se ha demostrado que hay formas de mejorar drásticamente esta situación”¹.

Sin embargo hay una dicotomía entre las palabras y los hechos. Por un lado, unos 30 países suscribieron el nuevo Proyecto de la OMS ² que proporciona “directrices a los países³, , así como formación y apoyo, con el fin de mejorar el acceso a una atención de gran calidad en el ámbito comunitario, terminar con el trato cruel y abusivo, eliminar la estigmatización y la discriminación, promover y proteger los derechos humanos y, en definitiva, mejorar las vidas de las personas con trastornos mentales” ⁴. Pero por otro lado, “más de 450 millones de personas en todo el mundo padecen problemas mentales, neurológicos o de comportamiento y una mayoría de ellas carece de protección de sus derechos humanos, así como de atención y tratamientos adecuados de salud mental, debido a la baja prioridad que se otorga a la salud mental. Por ejemplo, el 64% de los países o bien carece de legislación en materia de salud mental o la que tiene está obsoleta. Gran parte de las leyes vigentes sobre salud mental no protege los derechos de las personas con trastornos mentales; el 30% de los países carece de presupuesto específico para salud mental, y el 20% de los que sí lo tienen gasta menos de un 1% del total del presupuesto sanitario en salud mental” ⁵.

DATOS DE SALUD MENTAL

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 oficiales con internamiento crónico: 1 colonia nacional; 11 colonias y 42 hospitales

¹ OMS, *Hay que acabar con las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales*, Comunicado de prensa/68, 7 de diciembre 2005

² *Políticas y Planes de Salud Mental: atendiendo a las necesidades y mejorando los servicios (MHPP)*

³ En particular el *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental* y la publicación de OMS *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*

⁴ Íd. 1

⁵ Íd. 1

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)

Otras bibliografías destacan situaciones inaceptables en nuestros asilos psiquiátricos⁶.

RIESGOS E INTERESES DE LA SIMPLIFICACIÓN MEDICAMENTOSA

Al mismo tiempo, investigaciones de profundas desigualdades y discriminaciones injustas en nuestro país y en el mundo alertan sobre el abuso de psicofármacos para distraer del conflicto que provocan las graves inequidades en alimentación, cuidado de la salud, trabajo, proveyendo cada vez de más etiquetas psicopatológicas a las personas, contribuyendo al statu quo con la vigencia de sus intereses industriales farmacéuticos.

Esta complejidad es inabordable con una simplificación y, por el contrario, exige la trans y metadisciplinariedad, y la intersectorialidad

ROL DEL ESTADO

Al Estado le corresponde arbitrar entre actores con intereses enfrentados en este campo y construir un sentir, un pensar y un hacer que expresen y refuercen el valor simbólico de la salud y de las alternativas más eficientes, eficaces y de mayor impacto que no interesan a las corporaciones hegemónicas comerciales en salud

En el contexto internacional, existen marcos de referencia muy valiosos⁷, pero no deja de haberlos en nuestro propio país que cuenta con varias legislaciones jurisdiccionales avanzadas, concretadas y en concreción⁸.

Al final del Proyecto se propone una modificación del Código Civil a fin de 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, por plazos sujetos a revisión.

Estas razones, sin apelar a muchas otras que extenderían esta Fundamentación, nos permiten solicitar el tratamiento de este Proyecto a fin de que ser apruebe como Ley de la Nación

⁶ Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI), Informe Vidas Arrasadas - La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos - Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina. 2004-2007, que denuncia la persistencia de negligencia, abuso y privación de libertad de personas por causa de su padecimiento mental

⁷ "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.

⁸ Ley 2440 del año 1991 de la provincia de Río Negro, Ley 448 del año 2000 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que reconocen el derecho de acceso a la salud y la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. En las provincias de Buenos Aires y Chubut se discuten proyectos cercanas a las ideas y propuestas de este Proyecto de ley