

0800-222-5462

www.sada.gba.gov.ar

 subsecretariadestensionalasadiccionesHsaIud

Ley de Salud Mental

- Decreto Reglamentario
- Consenso Provincia de Buenos Aires

Por más derechos e inclusión en Salud Mental

Hace poco más de un año dimos el primer paso de un camino que comenzamos a recorrer juntos: reincorporar a la Subsecretaría de Atención a las Adicciones a la esfera del Ministerio de Salud, lo que implica reconocer a la temática como propia de ser abordada desde una mirada, desde una perspectiva, la de la salud integral.

Desde entonces, consolidamos y profundizamos la integración de los campos de las adicciones y la salud mental, que instituimos con la creación de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones. Consideramos que este camino, que supone meterse de lleno en una política de salud mental que necesita y debe ser modificada, permite incorporar más derechos e inclusión, en el marco que determina la Ley nacional de Salud Mental 26.657, que estimula las prácticas no discriminatorias y que contempla los Derechos Humanos.

En este contexto, firmamos un convenio con la Secretaría de Niñez y Adolescencia para que cuando el adolescente cumpla los 18 años, podamos evaluarlo y hacernos cargo de su tratamiento, ya sea en el establecimiento en el que se encuentra o en algún otro correspondiente a nuestra red de hospitales o de establecimientos para el tratamiento de las adicciones. Por eso, el primer punto del acuerdo establece que las

partes coinciden, conforme los lineamientos y principios de la Ley Nacional, en que las internaciones son el último recurso y corresponde que, prioritariamente, se cursen en hospitales generales por el menor lapso posible. Se trata, en suma, de generar políticas sanitarias proactivas que partan de los determinantes de la salud para evitar la enfermedad y promover una vida saludable. Desde ese lugar venimos tomando decisiones que pasan por integrar la salud mental a la salud general, para favorecer abordajes integrales y articulados, en el marco de la Salud Mental Comunitaria, donde las internaciones sean lo más breves posibles y los dispositivos de atención estén centrados en la comunidad, reemplazando así una práctica tradicional que resulta ya obsoleta, dado que aísla, estigmatiza y cronifica a quienes padecen problemas de salud mental.

Dr. Alejandro Collia
Ministro de Salud
Provincia de Buenos Aires

Asumir el Compromiso

Luego de la decisión del Gobernador Daniel Scioli de incluir en el Ministerio de Salud a la Subsecretaría de Atención de las Adicciones, se llevó adelante, a partir del impulso dado por el Ministro Alejandro Collia, una unificación en el campo de la salud mental, creándose una Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones.

Esto nos ubica hoy - y sabiendo que se cuenta con todo el apoyo necesario - frente al compromiso de asumir, con una fuerte decisión política, un proceso de reforma que garantice el ejercicio pleno de los derechos de todas las personas.

Este documento, fruto de una onda y democrática discusión entre los diferentes efectores del campo de la salud, da cuenta de la necesidad de producir cambios profundos en concepciones y prácticas actuales.

Necesitamos desterrar las prácticas de encierro y aislamiento, sostenidas por una lógica excluyente, reemplazándolas por otra lógica que contemple las construcciones colectivas, participativas, integradoras, inclusivas en el marco de la Salud Mental Comunitaria. En tal sentido, nos proponemos elaborar un Plan Estratégico Integral y Participativo de Salud Mental y Adicciones que permita pensar en forma colectiva las necesidades prioritarias de la población como así también las propuestas programáticas enfocadas a resolver los problemas existentes.

La convocatoria se orienta a problematizar la realidad

y generar propuestas superadoras de las dificultades y potenciadoras de nuestras prácticas. Asimismo, conformar una red que asegure una atención digna e igualitaria, que elimine progresivamente la brecha existente entre las personas atendidas y la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios.

Sabemos que todo cambio debe ser entendido como un proceso tendiente tanto a la sustitución del modelo vigente como a la transformación de los modos en que se regula el sistema. Ello requiere del abandono de viejas prácticas cuya largas experiencias han mostrado su fracaso. Asimismo exige sumar a todos los actores a los que no se ha escuchado y sobre los que recaen luego las decisiones tomadas desde un escenario que responde a otra lógica, que está por fuera del campo de acción.

La integración de salud mental y adicciones nos permite iniciar un camino enriquecido por experiencias previas. La recuperación de las mismas representa un valioso caudal de trabajo comunitario que nos ofrece la oportunidad de enriquecer la red y brindar respuestas integradas para los ciudadanos de la provincia, teniendo como eje los derechos humanos y la inclusión social.

Dr. Carlos L. Sanguinetti
Subsecretario de Salud Mental
y Atención a las Adicciones

*Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias.
Derógase la Ley N° 22.914.*

Sancionada 25/11/2010
Promulgada 02/12/2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

ARTICULO 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.

ARTICULO 2°- Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Me-

joramiento 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

Defnición

ARTICULO 3°- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformi-

dad 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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

ARTICULO 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

ARTICULO 7°- 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, fchas 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.

Capítulo V

Modalidad de abordaje

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTICULO 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

ARTICULO 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 deben 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 correspondan, 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.

ARTICULO 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 establecidos 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.

ARTICULO 19°- 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 21°- 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 CUARENTAY 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, teniendo a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurarse 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24°- Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 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***

ARTICULO 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36°- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo 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 provin-

cias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 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 Revisión

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 realicen 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, teniendo 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

ARTICULO 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

ARTICULO 42°- Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 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 (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTICULO 43°- Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 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 sí 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 sí 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.

ARTICULO 44°- Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45°- La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46°- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

Reglamentación Ley N° 26.657

Decreto 603/2013

Apruébase reglamentación Ley N° 26.657

Buenos Aires 28/05/2013

Fecha de Publicación en Boletín Oficial 29/05/2013

VISTO el Expediente N° 1-2002-20706-11-4 del Registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley N° 26.657, y **CONSIDERANDO:**

Que la Ley N°26.657 regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina.

Que en dicha ley prevalecen especialmente, entre otros derechos concordantes y preexistentes reconocidos por nuestra Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango Constitucional (conforme artículo 75, inciso 22 de nuestra Carta Magna), los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno,

respetuoso y equitativo, propugnándose la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Que se destaca asimismo, que los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, instrumento internacional de máximo consenso en la materia, ha sido incluido como parte del texto de la Ley N° 26.657.

Que la ley aludida, presta asimismo una especial consideración a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos inserto en la normativa constitucional, y destacado en la Declaración de Caracas del año 1990 acordada por los países miembros de la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Que los términos de dicha ley, deberán entenderse siempre en el sentido de que debe velarse por la salud mental de toda la población, entendida la misma como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento im

plica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” en el marco de la vida en comunidad (artículo 3° de la Ley N° 26.657).

Que dicha definición se articula con la consagrada conceptualización de la salud desde la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados —Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100—).

Que mediante el Decreto N° 457 de fecha 5 de abril de 2010, se creó la DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en la esfera de la SECRETARIA DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS del MINISTERIO DE SALUD, con el objeto de desarrollar políticas, planes y programas coherentes con el espíritu y texto de la Ley N° 26.657.

Que en tal sentido corresponde en esta instancia dictar las normas reglamentarias necesarias que permitan la inmediata puesta en funcionamiento de las

previsiones contenidas en la Ley N° 26.657.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente se dicta en uso de las atribuciones emergentes del artículo 99, incisos 1) y 2) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello, **LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA DECRETA:**

Artículo 1°- Apruébase la reglamentación de la Ley N° 26.657 que como ANEXO I forma parte integrante del presente Decreto.

Artículo 2°- Créase la COMISION NACIONAL-INTERMINISTERIAL EN POLITICAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en el ámbito de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, presidida por la Autoridad de Aplicación de la Ley citada e integrada por representantes de cada uno de los Ministerios mencionados en el artículo 36 de la Ley N° 26.657. Cada Ministerio afectará partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan, según su competencia, y que se adopten en la presente Comisión.

La Comisión se reunirá como mínimo una vez al mes y realizará memorias o actas en las cuales se registren las decisiones adoptadas y los compromisos

asumidos por cada Ministerio.

La Autoridad de Aplicación deberá promover la creación de ámbitos interministeriales de cada jurisdicción.

La Autoridad de Aplicación deberá convocar a organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares, y de trabajadores, para participar de un Consejo Consultivo de carácter honorario al que deberá convocar al menos trimestralmente, a fin de exponer las políticas que se llevan adelante y escuchar las propuestas que se formulen.

Artículo 3°- El presente decreto entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Artículo 4°- Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.
— FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Juan M. Abal Medina. — Juan L. Manssur.

ANEXO I

REGLAMENTACION DE LA LEY N° 26.657

CAPITULO I

DERECHOS Y GARANTIAS

ARTICULO 1°- Entiéndese por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas

y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657.

ARTICULO 2°- Sin reglamentar.

CAPITULO II

DEFINICION

ARTICULO 3°- Sin reglamentar.

ARTICULO 4°- Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos en la Ley N° 26.657. El eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca.

Entiéndese por “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados.

ARTICULO 5°- Sin reglamentar.

CAPITULO III

AMBITO DE APLICACION

ARTICULO 6°- La Autoridad de Aplicación deberá asegurar, junto con las provincias y la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, que las obras sociales regidas por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (PAMI), la Obra Social del PODER JUDICIAL DE LA NACION (OSPJN), la DIRECCION DE AYUDA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL CONGRESO DE LA NACION, las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de las Fuerzas de Seguridad, de la Policía Federal Argentina, de la Policía de Seguridad Aeroportuaria, del Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, las entidades de medicina prepaga, las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden por sí o por terceros servicios de salud independientemente de su naturaleza jurídica o de su dependencia institucional, adecuen su cobertura a las previsiones de la Ley N° 26.657.

CAPITULO IV

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

ARTICULO 7°- Los derechos establecidos en el artículo 7° de la Ley N° 26.657, son meramente enunciativos.

- a) Sin reglamentar.
- b) Sin reglamentar.
- c) La Autoridad de Aplicación deberá determinar cuáles son las prácticas que se encuentran basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Todas aquellas que no se encuentren previstas estarán prohibidas.
- d) Sin reglamentar.
- e) Sin reglamentar.
- f) Sin reglamentar.
- g) Sin reglamentar.
- h) Sin reglamentar.
- i) El INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACION, LA XENOFOBIA Y EL RACISMO (INADI) y la AUTORIDAD FEDERAL DE SERVICIOS DE COMUNICACION AUDIOVISUAL (AFSCA), en el ámbito de sus competencias, en conjunto con la Autoridad de Aplicación y con la colaboración de todas las áreas que sean requeridas, desarrollarán políticas y acciones tendientes a promover la inclusión social de las personas con padecimientos mentales y a la prevención de la discriminación por cualquier medio y contexto.

j) Todas las instituciones públicas o privadas que brinden servicios de salud con o sin internación deberán disponer en lugares visibles para todos los usuarios, y en particular para las personas internadas y sus familiares, un letrero de un tamaño mínimo de OCHENTA CENTIMETROS (0.80 cm) por CINCUENTA CENTIMETROS (0.50 cm) con el consiguiente texto: “La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 garantiza los derechos de los usuarios. Usted puede informarse del texto legal y denunciar su incumplimiento llamando al...” (números de teléfono gratuitos que a tal efecto establezca el Organismo de Revisión de cada Jurisdicción y la autoridad local de aplicación).

Las instituciones referidas precedentemente tienen la obligación de entregar a las personas usuarias y familiares, al momento de iniciarse una internación, copia del artículo 7° de la Ley N° 26.657, debiendo dejar constancia fehaciente de la recepción de la misma.

k) Todo paciente, con plena capacidad o, sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyeran riesgo para sí o para terceros.

Dichas decisiones deberán asentarse en la historia clínica. Asimismo, las decisiones del paciente o sus representantes legales, según sea el caso, podrán ser revocadas. El equipo interdisciplinario interviniente de-

berá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en la historia clínica.

1) La información sanitaria del paciente sólo podrá ser brindada a terceras personas con su consentimiento fehaciente. Si aquél fuera incapaz, el consentimiento será otorgado por su representante legal.

Asimismo, la exposición con fines académicos requiere, de forma previa a su realización, el consentimiento expreso del paciente o en su defecto, de sus representantes legales y del equipo interdisciplinario interviniente, integrado conforme lo previsto en el artículo 8° de la Ley. En todos los casos de exposición con fines académicos, deberá reservarse la identidad del paciente.

El consentimiento brindado por el paciente, en todos los casos, debe ser agregado a la historia clínica.

m) Entiéndese por “consentimiento fehaciente” a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las con-

secuencias previsible de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Dicho consentimiento deberá brindarse ante el organismo público que la autoridad de aplicación determine, fuera de un contexto de internación involuntaria u otra forma de restricción de la libertad.

Todos los proyectos de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales, salvo los que se realicen exclusivamente sobre la base de datos de personas no identificadas, deberán ser previamente aprobados por la Autoridad de Aplicación.

Tanto para la elaboración del protocolo de consentimiento fehaciente como para la aprobación de los proyectos referidos, la Autoridad de Aplicación trabajará en consulta con el CONSEJO NACIONAL DE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. Una vez aprobados los mismos, deberán ser remitidos al Organismo de Revisión para que realice las observaciones que crea convenientes.

n) Sin reglamentar.

o) Sin reglamentar.

p) Entiéndese por “justa compensación” a la contraprestación que recibirá el paciente por su fuerza de trabajo en el desarrollo de la actividad de que se trata y que implique producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

El pago de dicha compensación se verificará siguiendo las reglas, usos y costumbres de la actividad de que

se trate. La Autoridad de Aplicación, en coordinación con el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, deberá fiscalizar que no existan abusos o algún tipo de explotación laboral.

CAPITULO V

MODALIDAD DE ABORDAJE

ARTICULO 8°- Los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto.

Las disciplinas enumeradas en el artículo 8° de la Ley N° 26.657 no son taxativas.

Cada jurisdicción definirá las características óptimas de conformación de sus equipos, de acuerdo a las necesidades y particularidades propias de la población. En aquellas jurisdicciones en donde aún no se han desarrollado equipos interdisciplinarios, la Autoridad de Aplicación en conjunto con las autoridades locales, diseñarán programas tendientes a la conformación de los mismos, estableciendo plazos para el cumplimiento de dicho objetivo. Hasta tanto se conformen los mencionados equipos, se procurará sostener una atención adecuada con los recursos existentes, reorganizados interdisciplinariamente, a fin de evitar derivaciones innecesarias fuera del ámbito comunitario. La Autoridad de Aplicación deberá relevar aquellas profesiones y disciplinas vinculadas al campo de la salud mental y desarrollará acciones tendientes a:

a) Fomentar la formación de recursos humanos en aquellas que sea necesario, y b) Regularizar la acreditación de las mismas en todo el país.

ARTICULO 9º- La Autoridad de Aplicación promoverá que las políticas públicas en materia asistencial respeten los siguientes principios:

a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.

b) Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.

c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda.

d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva.

e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.

Asimismo promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental.

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen

a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

ARTICULO 10- El consentimiento informado se enquadra en lo establecido por el Capítulo III de la Ley N° 26.529 y su modificatoria, en consonancia con los principios internacionales.

Si el consentimiento informado ha sido brindado utilizando medios y tecnologías especiales, deberá dejarse constancia fehaciente de ello en la historia clínica del paciente, aclarando cuáles han sido los utilizados para darse a entender.

ARTICULO 11- Facúltase a la Autoridad de Aplicación a disponer la promoción de otros dispositivos adecuados a la Ley N° 26.657, en articulación con las áreas que correspondan, promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad. Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social.

La Autoridad de Aplicación establecerá los requisitos que debe cumplir cada dispositivo para su habilitación. Los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda.

Entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños. La Autoridad de Aplicación promoverá que la creación de los dispositivos comunitarios, ya sean ambulatorios o de internación, que se creen en cumplimiento de los principios establecidos en la Ley, incluyan entre su población destinataria a las personas alcanzadas por el inciso 1) del artículo 34 del Código Penal, y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales.

Para promover el desarrollo de los dispositivos señalados, se deberá incluir el componente de salud mental en los planes y programas de provisión de insumos y medicamentos.

ARTICULO 12- Debe entenderse que no sólo la prescripción de medicamentos sino de cualquier otra medida terapéutica, indicada por cualquiera de los profesionales del equipo interdisciplinario, debe cumplir con los recaudos establecidos en el artículo 12 de la Ley N° 26.657. La prescripción de psicofármacos debe realizarse siguiendo las normas internacionales aceptadas por los consensos médicos para su uso racional, en el marco de los abordajes interdisciplinarios que correspondan a cada caso.

La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes realizadas de manera efectiva por médico psiquiatra o de otra especialidad cuando así corresponda.

CAPITULO VI

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

ARTICULO 13- La Autoridad de Aplicación promoverá, en conjunto con las jurisdicciones, protocolos de evaluación a fin de cumplir con el artículo 13 de la Ley N° 26.657.

CAPITULO VII

INTERNACIONES

ARTICULO 14- Las normas de internación o tratamiento que motiven el aislamiento de las personas con padecimientos mentales, ya sea limitando visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, son contrarias al deber de promover el mantenimiento de vínculos. Las restricciones deben ser excepcionales, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y deberán ser informadas al juez competente.

Cuando existan restricciones precisas de carácter terapéutico que recaigan sobre algún familiar o referente afectivo, deberá asegurarse el acompañamiento a través de otras personas teniendo en cuenta la vo-

luntad del interesado. Nunca alcanzarán al abogado defensor, y podrán ser revisadas judicialmente. Las restricciones referidas no son en desmedro de la obligación de la institución de brindar información, incorporar a la familia y referentes afectivos a las instancias terapéuticas e informar sobre las prestaciones que brinda, facilitando el acceso al conocimiento de las instalaciones e insumos que se le ofrecen a la persona.

Se deberá promover que aquellas personas que carezcan de familiares o referentes, afectivos en condiciones de acompañar el proceso de tratamiento, puedan contar con referentes comunitarios. Para ello, la Autoridad de Aplicación identificará, apoyará y promoverá la organización de asociaciones de familiares y voluntarios que ofrezcan acompañamiento.

No será admitida la utilización de salas de aislamiento. Las instituciones deberán disponer de telefonía gratuita para uso de las personas internadas.

ARTICULO 15- Cuando una persona estuviese en condiciones de alta desde el punto de vista de la salud mental y existiesen problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación inmediata, el equipo interdisciplinario deberá:

- a) Dejar constancia en la historia clínica.
- b) Gestionar ante las áreas que correspondan con carácter urgente la provisión de los recursos correspondientes a efectos de dar solución de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 15 de la Ley N° 26.657.
- c) Informar a la Autoridad de Aplicación local.

ARTICULO 16- Todos los plazos a que se refiere la Ley N° 26.657 deberán computarse en días corridos, salvo disposición en contrario.

a) El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. En aquellos casos en que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado Nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro. La evaluación deberá incorporarse a la historia clínica.

Los profesionales firmantes deberán ser de distintas disciplinas académicas e integrar el equipo asistencial que interviene directamente en el caso, sin perjuicio de la responsabilidad de las autoridades de la Institución. El informe deberá contener conclusiones conjuntas producto del trabajo interdisciplinario.

b) Deberán consignarse en la historia clínica, los datos referidos al grupo familiar y/o de pertenencia, o en su defecto, las acciones realizadas para su identificación.

c) Para ser considerada una internación voluntaria el consentimiento deberá ser indefectiblemente personal.

ARTICULO 17- La Autoridad de Aplicación conjunta-

mente con el MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE y las dependencias institucionales que a estos fines resulten competentes, promoverán la implementación de políticas que tengan como objetivo: 1) facilitar el rápido acceso al Documento Nacional de Identidad (DNI) a las personas que carezcan de él; y 2) la búsqueda de los datos de identidad y filiación de las personas con padecimiento mental cuando fuese necesario, con procedimientos expeditos que deberán iniciarse como máximo a las CUARENTA Y OCHO (48) horas de haber tomado conocimiento de la situación; manteniendo un Registro Nacional actualizado que permita un seguimiento permanente de estos casos hasta su resolución definitiva. Este Registro Nacional actuará en coordinación con la Autoridad de Aplicación y contendrá todos aquellos datos que tiendan a identificar a las personas o su grupo de identificación familiar.

Para ello los servicios de salud mental deberán notificar obligatoriamente y de manera inmediata a la Autoridad de Aplicación correspondiente el ingreso de personas cuya identidad se desconozca.

La Autoridad de Aplicación regulará el funcionamiento del Registro Nacional debiendo respetar el derecho a la intimidad, la protección de datos y lo indicado en el artículo 7° inciso I), de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

ARTICULO 18- Solamente podrá limitarse el egreso de la persona por su propia voluntad si existiese una situación de riesgo cierto e inminente, en cuyo caso

deberá procederse de conformidad con el artículo 20 y subsiguientes de la Ley N° 26.657.

Deberá reiterarse la comunicación al cabo de los CIENTO VEINTE (120) días como máximo y deberá contener los recaudos establecidos en el artículo 16 de la Ley N° 26.657. A los efectos de evaluar si la internación continúa siendo voluntaria, el juez solicitará una evaluación de la persona internada al equipo interdisciplinario dependiente del Organismo de Revisión.

ARTICULO 19- Sin reglamentar.

ARTICULO 20- Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros.

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

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

Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. La Autoridad de Aplicación en conjunto con el MINISTERIO DE SEGURIDAD elaborará protocolos de in

tervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.

Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento.

ARTICULO 21- Las DIEZ (10) horas deben computarse desde el momento en que se efectivizó la medida, incluso cuando su vencimiento opere en día u horario inhábil judicial.

La comunicación podrá realizarse telefónicamente o por otra vía tecnológica expedita y verificable que habrán de determinar en acuerdo la Autoridad de Aplicación local, el Poder Judicial y el Organo de Revisión.

El Juez deberá garantizar el derecho de la persona internada, en la medida que sea posible, a ser oída en relación a la internación dispuesta.

a) Sin reglamentar.

b) La petición de informe ampliatorio sólo procede si, a criterio del Juez, el informe original es insuficiente. En caso de solicitar el mismo o peritajes externos, el plazo máximo para autorizar o denegar la internación no podrá superar los SIETE (7) días fijados en el artículo 25 de la ley N° 26.657.

Entiéndese por “servicio de salud responsable de la cobertura” al máximo responsable de la cobertura de salud, sea pública o privada.

ARTICULO 22- La responsabilidad de garantizar el acceso a un abogado es de cada jurisdicción. La actuación del defensor público será gratuita.

En el ejercicio de la asistencia técnica el abogado defensor —público o privado— debe respetar la voluntad y las preferencias de la persona internada, en lo relativo a su atención y tratamiento.

A fin de garantizar el derecho de defensa desde que se hace efectiva la internación, el servicio asistencial deberá informar al usuario que tiene derecho a designar un abogado.

Si en ese momento no se puede comprender su voluntad, o la persona no designa un letrado privado, o solicita un defensor público, se dará intervención a la institución que presta dicho servicio.

En aquellos estados en los que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, el defensor deberá igualmente procurar que las condiciones generales de internación respeten las garantías mínimas exigidas por la ley y las directivas anticipadas que pudiera haber manifestado expresamente.

El juez debe garantizar que no existan conflictos de intereses entre la persona internada y su abogado, debiendo requerir la designación de un nuevo defensor si fuese necesario.

ARTICULO 23- El equipo tratante que tiene la facultad de otorgar el alta, externación o permisos de salida se compone de manera interdisciplinaria y bajo el criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley N° 26.657.

Cuando una internación involuntaria se transforma en voluntaria, se le comunicará al juez esta novedad remitiéndole un informe con copia del consentimiento

debidamente firmado. En este caso se procederá de conformidad con lo establecido en el artículo 18 de la Ley, debiendo realizar la comunicación allí prevista si transcurriesen SESENTA (60) días a partir de la firma del consentimiento.

ARTICULO 24- Los informes periódicos deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas, fundamentando adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación.

Se entenderá que la intervención del Organismo de Revisión, en el marco del presente artículo, procede a intervalos de NOVENTA (90) días.

Hasta tanto se creen los órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, el juez podrá requerir a un equipo interdisciplinario, de un organismo independiente del servicio asistencial interviniente, que efectúe la evaluación indicada por el presente artículo.

ARTICULO 25- Sin reglamentar.

ARTICULO 26- En las internaciones de personas declaradas incapaces o menores de edad se deberá:

- a) Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible,
- b) Recabar su opinión,
- c) Dejar constancia de ello en la historia clínica,
- d) Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado.

En caso de existir impedimentos para el cumplimiento

de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado.

Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso.

Para las internaciones de personas menores de edad el abogado defensor previsto en el artículo 22 de la Ley N° 26.657 deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley N° 26.061.

ARTICULO 27- La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al CONSENSO DE PANAMA adoptado por la CONFERENCIA REGIONAL DE SALUD MENTAL convocada por la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) "20 años después de la Declaración de Caracas" en la CIUDAD DE PANAMA el 8 de octubre de 2010. La presentación de tales proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en los plazos establecidos, será requisito indispensable para acceder a la asistencia técnica y financiera que la Autoridad de Aplicación nacional disponga. El personal deberá ser capacitado y destinado a los dispositivos sustitutivos en funciones acordes a su capacidad e idoneidad.

La Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales son las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier otro tipo de instituciones de internación monovalentes que se encuentren en funcionamiento, congruentes con el objetivo de su sustitución definitiva en el plazo establecido.

También establecerá las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados, a los efectos de cumplir con el presente artículo. La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, -humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad.

La implementación de este lineamiento no irá en detrimento de las personas internadas, las cuales deberán recibir una atención acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes.

ARTICULO 28- Deberá entenderse que la expresión "hospitales generales" incluye tanto a los establecimientos públicos como privados.

Las adaptaciones necesarias para brindar una atención adecuada e integrada sean estructurales y/o funcionales de los hospitales generales a efectos de incluir la posibilidad de internación en salud mental es responsabilidad de cada jurisdicción. Aquellas deberán respetar las recomendaciones que la Autoridad de Aplicación realizará a tales fines.

A los efectos de contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público, el MINISTERIO DE PLANIFICACION FEDERAL, INVERSION PUBLICA Y SERVICIOS y el MINISTERIO DE SALUD deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones.

Asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo.

La Autoridad de Aplicación condicionará la participación de las jurisdicciones en programas que incluyan financiamiento, a la presentación de proyectos de creación de servicios de salud mental en los hospitales generales, con plazos determinados.

ARTICULO 29- Las autoridades de los establecimientos que presten atención en salud mental deberán entregar a todo el personal vinculado al área, copia del texto de la Ley y su Reglamentación.

Asimismo, los usuarios, familiares y allegados tendrán a su disposición un libro de quejas, al que tendrán acceso irrestricto tanto la Autoridad de Aplicación, el Organismo de Revisión, el abogado defensor como la Autoridad Judicial.

La Autoridad de Aplicación promoverá espacios de capacitación sobre los contenidos de la Ley y de los instrumentos internacionales de referencia, dirigidos a todos los integrantes del equipo de salud mental.

CAPITULO VIII

DERIVACIONES

ARTICULO 30- La conveniencia de derivación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona deberá estar debidamente fundada por evaluación interdisciplinaria en los términos previstos en el artículo 16 y concordantes de la Ley. La comunicación al Juez y al Organismo de Revisión, cuando no exista consentimiento informado, deberá ser de carácter previo a la efectivización de la derivación.

CAPITULO IX

AUTORIDAD DE APLICACION

ARTICULO 31- El área a designar por la Autoridad de Aplicación a través de la cual desarrollará las políticas establecidas en la Ley no podrá ser inferior a Dirección Nacional.

El PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL deberá estar disponible para la consulta del conjunto de la ciudadanía y deberá contemplar mecanismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas y objetivos. La Autoridad de Aplicación deberá elaborar un informe anual sobre la ejecución de dicho Plan Nacional el cual será publicado y remitido al Organismo de Revisión.

ARTICULO 32- Sin reglamentar.

ARTICULO 33- El MINISTERIO DE EDUCACION, a través de sus áreas competentes, prestará colabo-

ración a la Autoridad de Aplicación a fin de efectuar las pertinentes recomendaciones dirigidas a las universidades para adecuar los planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental.

Deberá ponerse de resalto la capacitación de los trabajadores en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria de la salud, y de todas las áreas que intervienen en orden a la intersectorialidad;

La Autoridad de Aplicación deberá promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes.

ARTICULO 34- La SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y la Autoridad de Aplicación conformarán una comisión permanente de trabajo en el plazo de TREINTA (30) días, a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto.

Dicha Comisión trabajará en conjunto con las jurisdicciones provinciales y elevará al Secretario de Derechos Humanos y a la Autoridad de Aplicación las propuestas elaboradas para su aprobación, las que deberán garantizar el cumplimiento de todos los derechos establecidos en el artículo 7° y demás previsiones de la Ley N° 26.657.

La Comisión conformada dará asistencia técnica y

seguimiento permanente para la implementación de los estándares elaborados.

Se deberá entender que los estándares se refieren a habilitación, supervisión, acreditación, certificación, monitoreo, auditoría, fiscalización y evaluación.

ARTICULO 35- La Autoridad de Aplicación deberá considerar como requisito para el acceso a programas de asistencia en los términos del artículo 28 de la presente reglamentación, la participación y colaboración de las jurisdicciones en la recolección y envío de datos para la realización del censo.

EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS (INDEC) prestará la colaboración que le sea requerida.

ARTICULO 36- Sin reglamentar.

ARTICULO 37- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en conjunto con la Autoridad de Aplicación deberán controlar que se garantice la cobertura en salud mental de los afiliados a Obras Sociales. Para ello deberán adecuar la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) o el instrumento que en el futuro lo remplace, a través de la incorporación de los dispositivos, insumos y prácticas en salud mental que se promueven en la Ley y los que la Autoridad de Aplicación disponga de acuerdo con el artículo 11 de la misma.

Para acceder a dicha cobertura no será exigible certificación de discapacidad.

Se establecerán aranceles que promuevan la creación y desarrollo de tales dispositivos.

Deberán también excluirse de la cobertura las prestaciones contrarias a la Ley.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá controlar que los agentes del seguro de salud identifiquen a aquellas personas que se encuentren con internaciones prolongadas y/o en instituciones monovalentes, y deberán establecer un proceso de externación y/o inclusión en dispositivos sustitutivos en plazos perentorios.

Las auditorías o fiscalizaciones sobre los prestadores, públicos y privados deberán controlar el cumplimiento de la Ley, incluyendo la utilización de evaluaciones interdisciplinarias.

Se promoverá que igual criterio adopten las obras sociales provinciales.

CAPITULO X

ORGANO DE REVISION

ARTICULO 38- El Organo de Revisión en el ámbito del MINISTERIO PUBLICO DE LA DEFENSA actuará conforme las decisiones adoptadas por los integrantes individualizados en el artículo 39 de la Ley. Dictará su reglamento interno de funcionamiento, y establecerá los lineamientos políticos y estratégicos de su intervención en el marco de los objetivos y funciones asignadas por la Ley. Deberá reunirse de forma periódica, en los plazos que determine su reglamento interno, y al menos una vez por mes. Además, podrá constituirse en asamblea extraordinaria, a pedido

de alguno de sus miembros cuando una cuestión ur gente así lo requiera.

Podrá sesionar con el quórum mínimo de CUATRO (4) miembros. La toma de decisiones será por ma yoría simple de los miembros presentes, salvo cuan do se estipule en esta reglamentación, o a través del reglamento interno, un quórum diferente.

A los fines de dotar al Organó de Revisión de la o peratividad necesaria para cumplir de un modo más efcaz sus funciones, encomiéndose a la DEFENSO RIA GENERAL DE LA NACION a la Presidencia, repre sentación legal, y coordinación ejecutiva del Organó Revisor, a través de la organización de una Se cretaría Ejecutiva y de un equipo de apoyo técnico y otro administrativo.

La DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION, a través de su servicio administrativo financiero, se encargará de brindar el soporte necesario para la ejecución del presupuesto que se le asigne para el funcionamiento del Organó de Revisión.

La Secretaría Ejecutiva, cuyo titular será designado por la DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION, de berá coordinar las reuniones de los integrantes del Organó de Revisión, implementar las estrategias políticas, jurídicas e institucionales, participar sin voto de las reuniones, seguir los lineamientos acordados por los integrantes del Organó, canalizar la colabo ración necesaria entre los distintos miembros, y adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento permanente del organismo, rin-

diendo cuentas de las acciones emprendidas.

La labor permanente de carácter operativo, técnico y administrativo del Organó de Revisión, se susten tará mediante los equipos de apoyo enunciados pre cedentemente, cuyo personal será provisto por la DE FENSORIA GENERAL DE LA NACION y coordinado por la Secretaría Ejecutiva.

En la conformación del equipo de apoyo técnico de berá respetarse el criterio interdisciplinario previsto en la Ley, y deberá asegurarse que el personal no posea conflictos de intereses respecto de las tareas encomendadas al Organó de Revisión.

ARTICULO 39- Los integrantes del Organó de Re visión serán designados de la siguiente manera:

- a) UN (1) representante del MINISTERIO DE SALUD;
- b) UN (1) representante de la SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUS TICIA Y DERECHOS HUMANOS.
- c) UN (1) representante del MINISTERIO PUBLICO DE LA DEFENSA;
- d) UN (1) representante de asociaciones de usuarios y/o familiares del sistema de salud;
- e) UN (1) representante de asociaciones de prefe sionales y otros trabajadores de la salud;
- f) UN (1) representante de organizaciones no guber namentales abocadas a la defensa de los derechos humanos. La DEFENSORIA GENERAL DE LA NA CION a través de su titular o de quién éste designe deberá ejercer el voto en las reuniones a los efectos de desempatar, cuando resultare necesario.

Las entidades de perfil interdisciplinario y con experiencia de trabajo en la temática de salud mental y de derechos humanos, representativas de las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f), serán designadas por decisión fundada adoptada entre las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c), a través de un procedimiento de selección que asegure transparencia.

Las entidades que sean designadas a tal efecto, integrarán el Organismo de Revisión por el término de DOS (2) años, al cabo del cual deberán elegirse nuevas organizaciones. Podrán ser reelegidas por UN (1) sólo período consecutivo, o nuevamente en el futuro, siempre con el intervalo de UN (1) período. El mismo criterio de alternancia se aplica a las personas que representen a las organizaciones, las que además no podrán tener vinculación de dependencia con las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c).

En caso de renuncia o impedimento de alguna de las entidades designadas para participar del Organismo de Revisión, deberá reeditarse el procedimiento de selección para incorporar a una reemplazante, hasta la culminación del período.

Cada institución deberá designar UN (1) representante titular y UN (1) representante suplente, para el caso de ausencia del primero. La labor de todos los representantes tendrá carácter ad-honorem, sin perjuicio de las retribuciones salariales que cada uno pueda percibir de parte de las organizaciones a las que pertenecen.

El Organismo de Revisión podrá realizar convenios con entidades públicas o privadas, con competencia en la materia, para que brinden asesoramiento técnico a efectos de coadyuvar a su buen funcionamiento. También podrá convocar, a los mismos fines, a personalidades destacadas en la materia.

ARTICULO 40- El Organismo de Revisión desarrollará las funciones enunciadas en el artículo 40 de la Ley N° 26.657, así como todas aquellas que sean complementarias a efectos de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

El Organismo de Revisión podrá ejercer sus funciones de modo facultativo en todo el Territorio Nacional, en articulación con el Organismo de Revisión local, cuando considere la existencia de situaciones de urgencia y gravedad institucional.

En los casos particulares que estén bajo proceso judicial con competencia de la justicia federal, provincial o de la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, deberá intervenir el Organismo de Revisión local.

a) El Organismo de Revisión requerirá plazos expeditos para la recepción de los informes requeridos;

b) A los fines de lograr la supervisión de las condiciones de internación y tratamiento, el Organismo de Revisión podrá ingresar a cualquier tipo de establecimiento, público y privado, sin necesidad de autorización previa, y realizar inspecciones integrales con acceso irrestricto a todas las instalaciones, documentación, y personas internadas, con quienes podrá

- mantener entrevistas en forma privada;
- c) El equipo interdisciplinario que evalúe las internaciones deberá estar conformado bajo el mismo criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley.
- d) Sin reglamentar;
- e) Sin reglamentar;
- f) El Organo de Revisión podrá requerir la intervención judicial, así como de la defensa pública y de otros organismos de protección de derechos, ante situaciones irregulares que vayan en desmedro de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental;
- g) Sin reglamentar;
- h) Las recomendaciones deberán efectuarse a través de informes anuales sobre el estado de aplicación de la Ley en todo el país, que deberán ser de carácter público;
- i) Sin reglamentar;
- j) A los fines de promover la creación de órganos de revisión en las jurisdicciones, deberá fomentarse que en su integración se respete el criterio de intersectorialidad e interdisciplinariedad previsto en la ley para el Organo de Revisión nacional, y podrán depender del ámbito que se considere más adecuado de acuerdo a la organización administrativa de cada jurisdicción, para garantizar autonomía de los servicios y dispositivos que serán objeto de supervisión. Se promoverá que, como mínimo, las funciones de los órganos de revisión locales sean las indicadas para el Organo de Revisión nacional, en su ámbito.
- k) Sin reglamentar;

l) A los fines de velar por el cumplimiento de los derechos fundamentales, se comprenderá la situación de toda persona sometida a algún proceso administrativo o judicial por cuestiones de salud mental, o donde se cuestione el ejercicio de la capacidad jurídica.

CAPITULO XI CONVENIOS DE COOPERACION CON LAS PROVINCIAS.

ARTICULO 41- Sin reglamentar.

CAPITULO XII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.

ARTICULO 42- Sin reglamentar.

ARTICULO 43- Sin reglamentar.

ARTICULO 44- Sin reglamentar.

ARTICULO 45- Sin reglamentar.

ARTICULO 46- Sin reglamentar.

DISPOSICION TRANSITORIA.

A los efectos de poner en funcionamiento el Organo de Revisión, el MINISTERIO DE SALUD, la SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, y el MINISTERIO PUBLICO DE LA DEFENSA, deberán coordinar y ejecutar las acciones necesarias para la designación de los representantes que lo conformarán, dentro del término de TREINTA (30) días hábiles desde la vigencia del presente decreto.

A los efectos de integrar el Organo de Revisión, para su primer período de funcionamiento por DOS (2)

años, los representantes designados por los TRES (3) organismos deberán elegir, por decisión fundada, a las entidades que representarán a las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f) del artículo 39 de este Decreto.

Antes de la culminación del primer período de funcionamiento, los representantes de los TRES (3) organismos definirán, por decisión unánime, el procedimiento que se aplicará en adelante para la selección de las otras asociaciones y organizaciones, con los recaudos del artículo 39 de esta reglamentación. El órgano de Revisión comenzará su actividad regular y permanente luego de constituido íntegramente, con todos los representantes previstos en la ley. En el ámbito de la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, el Órgano de Revisión local ejercerá las funciones señaladas en el artículo 40 de la Ley, aún si la justicia interviniente fuese nacional. Sin perjuicio de ello, en éste último supuesto, el Órgano de Revisión nacional podrá ejercer subsidiariamente dichas funciones.

Consenso Provincia de Buenos Aires

Desde finales del año 2012, la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ha realizado una serie de encuentros tendientes a debatir y a elaborar propuestas sobre la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Los mismos comenzaron en la ciudad de la Plata, donde tuvo lugar el 1° Encuentro Provincial de Salud Mental y Adicciones en las instalaciones del Hospital El Dique, y continuaron implementándose de forma regional, o interregional, en toda la provincia.

A partir de un conjunto de consignas disparadoras, en cada encuentro se conformaron grupos de trabajo para el debate e intercambio de ideas, teniendo como eje rector la articulación interdisciplinaria. Sobre la base del resultado de la actividad de estos grupos, se arribó a conclusiones en cada encuentro, de cuya consideración surgieron las conclusiones generales que hoy volcamos en estas líneas.

Algunas de las cuestiones planteadas en los encuentros, han ido encontrando respuestas. Tal es el caso del pedido de *“La pronta Reglamentación de la Ley nacional de Salud Mental”* que fuera publicada en el Boletín Oficial el 29 de mayo de 2013.

Otras cuestiones, indudablemente han de llevar un poco más de tiempo, como es el caso de *“la dificultad de abordar la nueva ley, con viejas estructuras objetivas y subjetivas”*. En esto se debe considerar

algunos de los planteos realizados, como por ejemplo: “*existen prejuicios por parte de los profesionales sobre los usuarios de sustancias, y dificultades en el manejo de la atención*”; “*la demonización de la internación en psiquiatría y adicciones*”; “*la resistencias de la comunidad hacia las adicciones y patologías mentales*”; “*la estigmatización*”.

Para la mayoría de los grupos “*se trata de una ley contenedora y superadora*” y se sostienen que “*la ley legítima y reconoce prácticas de existencia previa, revalorizando el trabajo de los agentes del sistema*”.

Los ejes temáticos sobre los que se debatieron en los grupos de trabajo fueron:

1. Creación de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones

La Ley 26.657 establece en su 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”.

2. Promover la atención en salud mental comunitaria para niños y adolescentes

En el marco de la Ley de la Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños 13.298 y la ley de Salud Mental Nacional 26.657

3. Avanzar en el proceso de desmanicomialización y transformación de la atención en los hospitales

monovalentes, orientado a la recuperación y plena inclusión comunitaria

La Ley 26.657 establece en su 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 dispositivos alternativos. ...”

4. Internaciones en Hospitales Generales

La Ley 26.657 establece en su 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 solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592”

En su Art. 14 Art. “la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos realizables en su entorno familiar, comunitario o social...”

5. Desarrollo de una red de servicios comunitarios de salud mental y adicciones, con la articulación de lo existente y la creación de nuevos servicios de base comunitaria, trabajando en red con el primer y segundo nivel de atención.

La Ley 26.657 establece en su Art. 9 “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del

ámbito de internación hospitalaria 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.

En el trabajo realizado se partió de un análisis de la situación actual, en donde se hace presente un modelo hegemónico de salud mental manicomial, asistencialista, tutelar y altamente costoso. En este contexto nos encontramos con “la dificultad de profundizar un proceso de reforma si no se avanza en la creación de dispositivos adecuados”, debiéndose afrontar la resistencia ideológica para la transformación institucional, sin pasar por alto la falta de estrategias de externación e inclusión social. Se evidenció en un principio que nos encontramos frente a un contexto de dificultoso abordaje de la nueva ley, debido a la vigencia de viejas estructuras objetivas y subjetivas. La brecha existente entre las necesidades de atención de las personas y la disponibilidad –poca accesibilidad- y calidad de los servicios de salud mental y adicciones, se encuentra relacionada, por un lado, con la existencia de prejuicios por parte de los profesionales de la salud y, por otro lado, en las resistencias de la comunidad hacia las adicciones y patologías mentales, con una fuerte estigmatización de las mismas.

Estos factores se suman a un sistema de por sí inequi-

tativo, generando una gran dificultad en la atención de las personas con padecimiento mental, y observándose situaciones de vulneración de derechos de las personas en situación de crisis en las guardias hospitalarias.

Existe una baja receptividad en los hospitales generales para la inclusión de personas con problemas de salud mental y adicciones, mientras que son escasas las articulaciones entre la política provincial y la municipal en el campo de la salud mental. Una visión fragmentada y no inclusiva ha contribuido a las dificultades en el armado de diagnósticos y estrategias interdisciplinarias.

A lo largo de los encuentros, el análisis del contexto actual fue acompañando el debate sobre los caminos a seguir para la implementación del nuevo paradigma. En lo que se refiere a la reformulación de las **metodologías de intervención**, se presentó como cuestión fundamental “*considerar a las adicciones como parte de la salud mental.*”, procediéndose a la integración progresiva, a través de las experiencias y la capacitación conjunta. En este punto se presentó la dificultad de que los Centros Provinciales de Atención de las Adicciones (CPA) “*no se sienten reconocidos ni aceptados dentro del sistema de salud*”.

Se coincidió en la importancia de la creatividad centrada en el sujeto, en la imposibilidad de considerar al mismo por fuera de la consustancialidad con la comu-

nidad, y en la necesidad de progresar en la vía de la construcción colectiva.

Por todo ello, es que se propone:

*** Generar políticas sanitarias proactivas que partan de los determinantes de la salud para evitar la enfermedad y promover una vida saludable. Integrar la salud mental a la salud general favoreciendo abordajes integrales y articulados.**

* Promover el derecho a vivir en comunidad y a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental.

* Adecuar los servicios y efectores de salud (públicos y privados) a los principios establecidos en la Ley 26.657.

* Establecer protocolos de intervención con criterios que orienten las prácticas

* Integrar recursos formales y no formales en los procesos de salud/enfermedad/atención.

* Promover los abordajes interdisciplinarios, grupales, familiares e institucionales en la atención, promoción y prevención de la salud mental y adicciones.

* Desconstruir viejas concepciones arraigadas, cambiando el paradigma vigente para lograr la restitución de derechos y modificación de las prácticas en salud mental.

* Profundizar el trabajo en red con diferentes niveles e instituciones del tercer sector orientadas a temas de salud mental y adicciones.

Respecto al **sistema manicomial**, se coincidió en la

necesidad de establecer un programa para el cierre **progresivo** y definitivo de las instituciones monovalentes (camas de salud mental en los monovalentes) de la Provincia de Buenos Aires, pautando las estrategias de externación e inclusión, como asimismo el recurso asignado a las mismas, estableciendo plazos que no superen esta década, y estableciendo sistemas que permitan avanzar en la transformación de los sectores monovalentes (Hospitales psiquiátricos, colonias, comunidades terapéuticas, etc.)

La adecuación de los hospitales generales a la problemática de las personas que consultan en los servicios de salud mental, *“debe hacerse a través de una política inclusiva y no derivativa”*. En este sentido, y ajustándose a lo establecido por la Ley 26.657, se deben realizar las internaciones en todos los Hospitales Generales de la Provincia de Buenos Aires, con un marco normatizador que implique que las internaciones deben ser breves, que se deben llevar a cabo en dichos hospitales generales, que deben ser el último recurso terapéutico, que debe contar con un consentimiento informado, y que tiene que tener la posibilidad de un abordaje familiar y una propuesta terapéutica inclusiva. Esto implica entender a la internación en Hospitales Generales y a la jerarquización de un trabajo interdisciplinario del hospital, no desde una perspectiva asistencialista, sino comunitaria, que favorezca la inclusión y participación del usuario en el proceso terapéutico.

Se deben establecer acuerdos con los servicios de

los hospitales generales, con el objetivo de ir configurando las modalidades de internación en los mismos: un objetivo primordial es *“terminar con la informalidad en las derivaciones”*. Para tal fin, es necesario establecer una red articulada, *“apuntando a eliminar la falta de cumplimiento de las normativas vigentes”*. En el marco de lo planteado en los párrafos anteriores, la reasignación progresiva de las partidas presupuestarias, del personal y de los insumos destinados a los monovalentes, a un sistema de salud con base comunitaria, se constituye en un elemento esencial para la adecuación del sistema de salud pública al nuevo paradigma.

En los encuentros se manifestó la dificultad en el **trabajo intersectorial**. *“Se habla de funciones y competencias pero no se termina de entender que no es funcional la derivación. Debe terminar de comprenderse lo que es la corresponsabilidad.”* Unido a esta concepción, otro de los conceptos claves, que se presentaron en la mayoría de los encuentros, fue la territorialización, adquiriendo ésta diversos enfoques, miradas y propuestas

Se expuso el deseo de *“poder realizar un fuerte trabajo interinstitucional, intersectorial, e interdisciplinario que implica un sostenimiento de los lazos, sensibilización en cuanto al abordaje, análisis de la realidad contextualizado, donde todos seamos protagonistas, creando corresponsabilidad.”*

Para ello se propuso la *“Creación de Mesas Intersec-*

torales-Educación, servicios locales y zonales, Salud, Instituciones locales-. La importancia de conocer al “otro” con el que trabajamos.”

Este tipo de iniciativas permitiría romper con la *“falta de comunicación interinstitucional y carencia de trabajo intersectorial”*, permitiendo, así, el armado de estrategias inclusivas

En base a estos dos importantes ejes, surgieron diversos lineamientos:

- * Organización de una red que tenga su eje no en la patología, sino en el territorio. Territorialización no solamente como creación de nuevos dispositivos, sino como fortalecimiento y revalorización de los existentes, con un cambio de mirada, de los servicios y con atención en APS.

- * Promover acuerdos con el Ministerio de Desarrollo Social, IOMA, PAMI y PROFE, con el fin de establecer acciones conjuntas que permitan resolver la problemática de las personas de la tercera edad alojados en los hospitales monovalentes.

- * Desarrollar y fortalecer políticas intersectoriales que compartan la responsabilidad de mejorar la calidad de vida de la población con problemáticas en salud mental y adicciones, mediante la gestión de diferentes alternativas inclusivas, especialmente en las áreas de vivienda, trabajo y educación.

- * Establecer redes de servicios de Salud Mental y Adicciones con base comunitaria, y dispositivos-inclusivos como centros de día, casas de convivencia, casas de medio camino, cooperativas de trabajo,

atención domiciliaria y apoyos sociales. Apoyo socio-económico y habitacional para usuarios y usuarias. Su conformación debe ser asumida como políticas de salud a nivel local y provincial.

* Establecer acuerdos de participación real con actores claves como son los usuarios, sus familiares y referentes afectivos, para la atención, diagnóstico, recuperación e inclusión.

* Inclusión de las familias en la estrategia terapéutica y apoyo concreto a las mismas. Al enfatizar el vínculo familiar se debe entender también la necesidad de evaluar en que condiciones se encuentra esa familia. *“Se enfatiza el vínculo familiar, pero hay que ver en qué condiciones está esa familia” y “Trabajar con la familia ampliada”.*

* Reconformar todos los dispositivos a partir de un abordaje integral que contemple la complejidad de todas las variables en juego

* Incluir al psicofarmacólogo dentro de la estrategia terapéutica y proveerlo en el lugar donde se realice el tratamiento.

* Establecer dispositivos comunitarios que respondan a las particularidades de cada región o barrio, considerando las necesidades propias.

* Generar y participar en Mesas Intersectoriales con Educación, Salud, Servicios e Institucionales Locales. Destacar la importancia de conocer al “otro” con el que se articula.

* Realizar un fuerte trabajo interinstitucional, intersectorial, e interdisciplinario, generando sostenimiento

de los lazos, sensibilización en cuanto al abordaje, análisis de la realidad contextualizado, donde todos son protagonistas, creando corresponsabilidad.

* Realizar diagnósticos regionales para poder evaluar y optimizar los recursos de los que se dispone y la capacidad instalada. Reforzar la Red de APS.

* Trabajar en red entre provincia y municipios y entre el sector público, privado y obras sociales. Asimismo entre diferentes instituciones y sectores, instalando el principio de corresponsabilidad.

* Realizar acuerdos de gestión entre Provincia y los Municipios para trabajar articuladamente en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental.

En lo referente al trabajo con **niñas, niños y adolescentes**, en las diferentes jornadas se manifestó la imperiosa necesidad de adaptación de los servicios para el cumplimiento de la Ley 13.298 de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes. En este sentido se hizo notar la falta de espacios, no sólo de internación, sino de evaluación y atención integral para chicos de 13 a 18 años, en especial en materia de Salud Mental, en contextos donde las dificultades de atención son naturalizadas cada día más.

La fragmentación existente en los procesos de salud/enfermedad/atención de niños, niñas y adolescentes, y la falta de recursos en los servicios locales y precarización laboral de los existentes, conducen a una situación de dificultosa conformación de equipos para atención infanto-juvenil (falta de profesionales, falta de capacitación, falta de dispositivos)

Se planteó la necesidad de fortalecer las políticas referidas a la atención, prevención y promoción de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, en el marco de las Leyes 13.298 y 26.657, así como *“profundizar la articulación entre la Subsecretaría de Salud Mental y atención a las adicciones, con la Secretaría de Niñez y sus servicios zonales, además de los servicios locales, cumpliendo con lo estipulado en la legislación”*.

Abordar las crisis infanto-juveniles en los hospitales generales es una tarea para encarar de forma articulada con los servicios de niños y adolescentes, incrementando dispositivos para el abordaje de la problemática infanto-juvenil con articulación intersectorial.

En forma paralela a lo planteado, se explicitó la necesidad de sostener desde la Red de salud de adultos, el área infanto-juvenil, sin diferenciación de grupos etéreos, contemplando las particularidades de cada caso.

La necesidad de **decapacitación** ha sido un tema constante en los encuentros, la misma se ha manifestado de diferentes maneras. *“El personal de salud no está capacitado en lo referente a las nuevas leyes” y se observa una “Falta de información en relación a las normativas vigentes en la materia”*.

Al respecto, se desprendieron los siguientes ejes:

* Debe entenderse como política pública la capacitación de todos los miembros de los equipos de salud, y no sólo la de los profesionales.

* Establecer programas de capacitación en servicio, en salud mental comunitaria con perspectiva en derechos humanos, para todos aquellos vinculados al campo de la salud mental.

* Capacitar a usuarios y familiares sobre la legislación vigente.

* Promover la formación de promotores de salud y acompañantes terapéuticos. Incluir recursos no convencionales entre los actores del campo socio sanitario.

* Coordinar acciones con las Universidades - entendiendo una necesaria corresponsabilidad - para incluir en sus currículas la normativa vigente, con énfasis en los derechos humanos. Adecuar los contenidos de grado y postgrado para formar profesionales de acuerdo a los lineamientos fijados por la Ley Nacional de Salud Mental.

* Considerar la formación de residencias en el marco de la Salud Mental Comunitaria.

* Capacitar a los profesionales de guardia sobre los abordajes de las crisis en salud mental y adicciones.

* Se destaca la necesidad de formar a los referentes políticos en la nueva normativa.

Ligado con lo anterior, en lo que se refiere a la gestión de **recursos humanos**, surgieron las propuestas de *“crear equipos regionales interinstitucionales”*; *“generar un programa de referencia y contrarreferencia”*; *“continuar con los espacios en la integración de salud mental y adicciones”*, y generar *“Protocolos de intervención.”*

Además de:

- * Incorporar a los trabajadores que estén bajo el régimen de la Ley 10.430 a la Ley de Carrera Hospitalaria.

- * Incorporación de recursos humanos: acompañantes terapéuticos, operadores comunitarios, psiquiatras especializados en la atención de niños y adolescentes, así como otros profesionales, formando parte de la carrera hospitalaria.

- * Redistribución de recursos humanos en función de las necesidades socio-sanitarias de cada localidad haciendo eje en lo comunitario, y teniendo en cuenta la gran concentración de recursos en hospitales monovalentes.

Por último, y con respecto a la nueva **Ley de Salud Mental**, en la mayor parte de los grupos de trabajo se sostuvo que *“se trata de una ley contenedora y superadora”* y que *“la ley legítima y reconoce prácticas de existencia previa, revalorizando el trabajo de los agentes del sistema”*

En este sentido, se propuso:

- * Apoyar la Pronta reglamentación de la Ley 26.657 (Publicada en Boletín Oficial el 29 de mayo de 2013)

- * Constituir la unidad de letrados (Art. 22) para las personas internadas involuntariamente

- * Promover la creación del Órgano de Revisión a efectos de controlar el cumplimiento de la nueva normativa, especialmente en lo referido al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental y adicciones

- * Dada la necesidad de trabajar sobre los registros epidemiológicos a nivel provincial, crear un Observatorio de Vigilancia Epidemiológica que genere información oportuna, de calidad, contribuyendo a tomar decisiones y definir prioridades en los procesos.

- * Fomentar la investigación sobre temas de interés clínico y social mediante convenios con Universidades, tendiente a mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

- * Construir el Plan de Salud Mental y Adicciones con Planificación Participativa con todos los actores involucrados, incluyendo gremios, Colegios e interministerialidad.

El trabajo mancomunado de todos los actores sociales que intervienen en esta problemática puede garantizar un sistema de salud digno, justo e inclusivo, en la Provincia de Buenos Aires. Quienes participaron en los encuentros desarrollados a lo largo del territorio bonaerense para debatir sobre la implementación del nuevo paradigma en salud mental, han asumido el compromiso político de desarrollar las estrategias consagradas en la Ley 26.657, ejecutando los planes, programas y acciones necesarias para su efectivo cumplimiento.

LEY 14.580

Adhiérase la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657 “Derecho a la protección de la Salud Mental”. Designese al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como autoridad de aplicación.

Promulgación: DECRETO 60/14 DEL 10/1/14

Publicación: del 6/2/14 BO No 27234 (SUPLEMENTO)

Fundamentos

El presente marco legal tiene la función de promover el derecho a la protección de la salud mental y el completo goce de los derechos humanos de aquellas personas que tiene algún sufrimiento mental. La ley sancionada a nivel nacional resulta clara en su abordaje, precisa en sus conceptos y protectora de la integridad de las personas a la vez que garantiza el efectivo cuidado de la salud mental como un derecho social y como una obligación del Estado.

Por otro lado, es histórica la definición del sistema de salud argentino como fragmentario y heterogéneo. Fragmentario por la incoordinación de los diferentes subsectores -y aún dentro del mismo subsector - para el cuidado integral de la salud; y heterogéneo en lo referente a las desigualdades e inequidades para el acceso a los servicios así como en la determinación social que explica que los colectivos sociales tengan

impactos diferentes sobre su salud de acuerdo a sus condiciones de vida así como por el espacio social en el que habitan y desarrollan su cotidiano. En ese aspecto, adherir a un marco normativo nacional tiende a reparar, aunque parcialmente, esa fragmentación y heterogeneidad.

La Ley Nacional Nº 26.657 es clara al definir a los problemas de salud mental como problemas sociales cuando en su artículo 3 define que “...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...”. Esta caracterización conceptual recupera la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento constitutivo, explicitara ya hace casi setenta años: la salud es el completo Estado de Bienestar bio-psico-social y no solamente la ausencia de enfermedad. Posteriormente, la OMS profundiza el análisis y afirma que la salud se relaciona con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Así la Ley Nº 26.657 es consecuente al proponer dispositivos terapéuticos que contemplan esa necesaria interdisciplinariedad e intersectorialidad para dar cuenta de un proceso complejo y determinado socialmente como es el proceso de salud-enfermedad-

atención-cuidado en el campo de la salud en general y en el de la salud mental en particular.

En este sentido, plantea en su Capítulo IV, que los ciudadanos que padecen problemas de salud mental tienen derecho a recibir atención sanitaria pero que ese proceso de atención no debe vulnerar su autonomía, sus derechos, su intimidad, la posibilidad de preservar los lazos sociales y familiares que, incluso, deben ser promovidos para la mejor recuperación del paciente. Este capítulo es explícito en cuanto a que el tratamiento no debe restringir los derechos ciudadanos del usuario como históricamente sucedió en el campo de la salud mental; a la vez que toda interacción debe ser considerada como una modalidad terapéutica transitoria avanzando, de esta manera, sobre una situación habitual -aunque injustificada- que determina internaciones de años como las que aún hoy se constatan en los hospitales neuropsiquiátricos.

El Capítulo V de la Ley a la que se propone adherir define cuales son las modalidades de abordaje caracterizándolas como interdisciplinarias e intersectoriales (como planteábamos, coherente con el paradigma del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en salud mental que propone), ambulatoria y en el ámbito de la estrategia de atención primaria de la salud y la salud mental comunitaria, con garantía de consentimiento informado para los usuarios o sus representantes y familiares y previendo el objetivo de

la inclusión social, laboral y comunitaria.

Ya en el Capítulo VII la Ley es explícita en cuanto a su perspectiva restrictiva respecto de las internaciones que, históricamente, han sido una modalidad terapéutica prácticamente única en la atención psiquiátrica. De hecho define a la internación como una modalidad terapéutica de uso restrictivo y prioriza la intervención en el ámbito familiar, comunitario y social; en ese contexto las internaciones deben ser lo más breves posible prescribiendo incluso cuando el período intramuros supere los 60 días debe darse intervención al juez y al organismo de control como protectores de la libertad y del derecho a la autonomía del paciente. En definitiva, cuando no prima el principio de intervención mínima o, cuando la medida de la internación no se adopta como último recurso, esta no cumple con la ética de los derechos humanos.

Dentro de ese capítulo, en el artículo 27, la Ley Nacional prohíbe la creación de "...nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o institutos de internación mono valente..." ya sea públicos o privados. Además obliga a que los existentes se adapten a los objetivos y principios expuestos por la Ley "...hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos...". Finalmente, en el artículo 28 de este capítulo, obliga a que las internaciones vinculadas con la salud mental se realicen en hospitales generales.

En consonancia con el marco normativo nacional, se

propone en el artículo 4 de la presente Ley, que el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires -Autoridad de Aplicación- formule un plan provincial de salud mental que se defne como participativo, interdisciplinario e intersectorial.

Asimismo, en el artículo 5 se defne que dicha autoridad de aplicación en articulación con la Secretaría de Derechos Humanos provincial defnan estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados que garanticen el respeto de los derechos humanos de los ciudadanos bonaerenses en general y de aquellos que padezcan problemas de salud mental en particular.

Una figura importante en la presente Ley de adhesión es la del Órgano de Revisión, que se asume como interdisciplinario y articulador de las Áreas de Salud, Derechos Humanos, Justicia y los representantes de la Sociedad Civil como asociaciones de usuarios y sus familiares, los trabajadores de salud y, también, organismos de derechos humanos que promuevan la protección de la autonomía de aquellos ciudadanos que padezcan sufrimientos mentales. Este órgano tiene importantes competencias que promueven la integración social y que, una vez más, garantizan el ejercicio de los derechos de los habitantes de la Provincia.

Finalmente, en el artículo 9 del presente marco nor-

mativo se dispone que tanto el Observatorio Social Legislativo como el Defensor del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires, realicen sendos elevamientos de las condiciones de atención y cuidado de la salud mental en la Jurisdicción que serán puestas a consideración de las Comisiones de Salud de ambas Cámaras Legislativas provinciales, de manera de monitorear la transformación y adecuación de los dispositivos de atención de la salud mental a los objetivos y conceptos que prevé la ley. El relevamiento deberá incluir tanto las condiciones en que se prestan los servicios en el subsector público, privado y de la seguridad social, así como en el ámbito carcelario. Por las razones expuestas, solicito a mis pares la aprobación del presente proyecto de ley.

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, sancionan con fuerza de Ley

Ley 14.580

ARTICULO 1°: Adhiérase la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657 "Derecho a la Protección de la Salud Mental", que establece la protección de los derechos de los ciudadanos que padecen problemas de salud mental y garantiza el acceso a los servicios que la promueven y la protegen. La presente Ley asume el criterio de dicho instrumento normativo en el sentido de que las políticas de salud mental contemplan también la protección de los derechos de aque-

llos ciudadanos con problemas en el uso de drogas legales o ilegales.

ARTICULO 2°: Desígnase al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como Autoridad de Aplicación de la presente Ley.

ARTICULO 3°: Otórgase al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a los servicios de salud dependientes del subsector público, privado y de la seguridad social, un plazo máximo de treinta y seis (36) meses para implementar las reformas que garanticen el cumplimiento de lo establecido en la Ley 26.657. Sin perjuicio de lo cual los derechos de los usuarios y las obligaciones de los prestadores tienen plena vigencia a partir de la sanción de la presente Ley.

ARTICULO 4°: Autorízase al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, como Autoridad de Aplicación de la presente Ley, a realizar monitoreos periódicos sobre los servicios de salud de los subsectores público, privado y de la seguridad social a fin de evaluar el cumplimiento de lo dispuesto en forma antecedente.

ARTICULO 5°: El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través de su Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, será responsable de la elaboración de un plan provincial de salud mental

participativo, interdisciplinario e intersectorial, cuyos criterios fundamentales serán los establecidos en la Ley 26.657.

ARTICULO 6°: El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la jurisdicción, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 7°: El Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires realizará un (1) relevamiento anual, donde se evidenciará la situación de la protección de la salud mental en la Provincia, tanto en los subsectores público, privado y de la seguridad social así como en el ámbito carcelario. Este informe, que tendrá carácter público, deberá ser presentado ante el plenario de las Comisiones de Salud de ambas Cámaras Legislativas.

ARTICULO 8°: Las obras sociales y las empresas de medicina prepaga que desarrollan sus actividades en la Provincia de Buenos Aires, deberán incluir en su menú prestacional los servicios garantizados por la presente Ley en un plazo no mayor a ciento veinte (120) días a partir de la sanción de este marco normativo.

ARTICULO 9°: Derógase toda norma que se oponga

a la presente.

ARTICULO 10: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata, a los veintisiete días del mes de noviembre del año dos mil trece.

Autoridades

D. Daniel Scioli
Gobernador

Lic. Gabriel Mariotto
Vicegobernador

Dr. Alejandro Collia
Ministro de Salud

Dr. Carlos L. Sanguinetti
Subsecretario de Salud Mental y Atención a las Adicciones

0800-222-5462

www.sada.gba.gov.ar

 [subsecretariadesaludmentaladiccionesmsalud](https://www.facebook.com/subsecretariadesaludmentaladiccionesmsalud)