

SESIONES DE PRORROGA
2008
ORDEN DEL DIA N° 1625

**COMISIONES DE ACCION SOCIAL Y SALUD
PUBLICA, DE LEGISLACION GENERAL
Y DE JUSTICIA**

Impreso el día 16 de diciembre de 2008

Término del artículo 113: 30 de diciembre de 2008

SUMARIO: Ley de Salud Mental. Gorbacz, García Méndez y Ríos. (276-D.-2007.)

Dictamen de las comisiones

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Justicia han considerado el proyecto de ley del señor diputado Gorbacz y otros señores diputados, por el que se establece un régimen de salud mental, teniendo a la vista el proyecto de ley del señor Canteros por el que se crea la Secretaría para la Prevención del Suicidio, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación (463-D.-07); y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

LEY DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

Derechos y garantías

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

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

CAPÍTULO II

Definición

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

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

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

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;

- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

Art. 4° – Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

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

CAPÍTULO III

Ámbito de aplicación

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

CAPÍTULO IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

Art. 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 quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

CAPÍTULO V

Modalidad de abordaje

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

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

Art. 10. – Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las

únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

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

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

Art. 12. – La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo pueden 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

Organización del equipo interdisciplinario

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

CAPÍTULO VII

Internaciones

Art. 14. – La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunita-

rio o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Art. 15. – La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario 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.

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

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

Art. 17. – En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que 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.

Art. 18. – La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de sesenta (60) días corridos, el

equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de cinco (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías 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.

Art. 19. – El consentimiento obtenido o mantenido en los términos del artículo 931 y siguientes del Código Civil, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los artículos 10, 16, 17, 18 y 25 de la presente ley, harán pasibles al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

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

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

Art. 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 cuarenta y ocho (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de tres (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley,
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si

existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria;

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

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

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

Art. 23. – El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria. 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.

Art. 24. – Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a treinta (30) días corridos a fin de 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.

Art. 25. – Transcurridos los primeros siete (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

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

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

Art. 28. – Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

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

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

CAPÍTULO VIII

Derivaciones

Art. 30. – Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al órgano de revisión.

CAPÍTULO IX

Autoridad de aplicación

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

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

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

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

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

Art. 36. – La autoridad de aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Empleo, Trabajo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular

de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

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

CAPÍTULO X

Organo de revisión

Art. 38. – Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

Art. 39. – El Organo de revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

Art. 40. – Son funciones del Organo de revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la autoridad de aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;

h) Realizar recomendaciones a la autoridad de aplicación;

i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;

j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;

k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

CAPÍTULO XI

Convenios de cooperación con las provincias

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

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

CAPÍTULO XII

Disposiciones complementarias

Art. 42. – Incorpórase como 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 años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

Art. 43. – 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.

Art. 44. – Derógase la ley 22.914.

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

Art. 46. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 9 de diciembre de 2008

Juan H. Sylvestre Begnis. – Vilma L. Ibarra. – Luis F. Cigogna. – Graciela B. Gutiérrez. – Jorge A. Landau. – Norberto P. Erro. – Nancy S. González. – Adela R. Segarra. – Gladys B. Soto. – Adriana E. Tomaz. – Rosana A. Bertone. – Susana M. Canela. – Elisa B. Carca. – María A. Carmona. – Nora N. César. – Diana B. Conti. – Alfredo C. Dato. – Edgardo Depetri. – Susana E. Díaz. – Mónica H. Fein. – Graciela M. Giannettasio. – Leonardo A. Gorbacz. – Miguel A. Iturrieta. – Carlos M. Kunkel. – Stella M. Leverberg. – Timoteo Llera. – Mario H. Martiarena. – Oscar E. Massei. – Paula C. Merchán. – Marta L. Osorio. – Guillermo A. Pereyra. – Hugo N. Prieto. – Héctor P. Recalde. – Alejandro L. Rossi. – Fernando Sánchez. – Mario A. Santander. – Raúl P. Solanas. – Mónica L. Torfe. – Gustavo M. Zavallo.

Disidencia parcial:

Paula M. Bertol.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General y de Justicia han consi-

derado el proyecto de ley del señor diputado Gorbacz y de otros señores diputados, por el que se establece un régimen de salud mental, teniendo a la vista el proyecto de ley del señor diputado Canteros por el que se crea la Secretaría para la Prevención del Suicidio, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación (463-D.-07). Luego de su estudio resuelven despacharlo favorablemente con las modificaciones introducidas en el dictamen que antecede.

Juan H. Sylvestre Begnis.

ANTECEDENTE

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

LEY DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

Derechos y garantías

Artículo 1° – La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas que se encuentran en el territorio nacional.

Art. 2° – La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en:

- a) El artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional – adhesión a los tratados internacionales;
- b) Los principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991;
- c) La Declaración de Caracas de la OPS/OMS para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los sistemas locales de Salud del 14 de noviembre de 1990.

CAPÍTULO II

Ambito de aplicación

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

CAPÍTULO III

Definición

Art. 4° – En el marco de la presente ley se reconoce la tríada salud-enfermedad-atención en lo mental como un proceso determinado por componentes históricos, sociales, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vincula-

da a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

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

1. Estatus político, económico o social, o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
2. Demandas familiares o laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
3. Elección o identidad sexual.
4. La mera existencia de una historia de tratamiento u hospitalización.
5. Otras determinaciones que no estén relacionadas con una construcción interdisciplinaria de la problemática en la cual se articulen los diferentes aspectos de la vida individual, social y cultural de la persona.

Art. 5° – A los efectos de la interpretación de esta ley, la definición de salud mental incluye trastornos de alcoholismo y los diversos tipos de adicción.

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

CAPÍTULO IV

Modalidad de abordaje

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

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

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

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e

intersectorial a través de instituciones comunitarias de salud mental.

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

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

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

CAPÍTULO V

Organización del equipo asistencial

Art. 12. – En tanto se define el campo de la salud mental como interdisciplinario, las diferentes profesiones que componen el equipo profesional tendrán los mismos deberes, obligaciones y derechos en cuanto a la organización de la tarea y del sistema de atención; y deberes y obligaciones diferenciados de acuerdo a su formación disciplinar. Los diferentes profesionales universitarios que integran los equipos están en igual condición para ocupar los cargos gerenciales y de conducción de los equipos y/o de las instituciones.

CAPÍTULO VI

Internaciones

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

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

allegados y con el entorno laboral y social, garantizando la atención integral.

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

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

Art. 15. – Toda disposición de internación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

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

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

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

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

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

1. Dictamen profesional que determine la situación de riesgo inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona.
2. Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.
3. Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera, constanding de-

tales acerca de la duración y alcance de las mismas.

Art. 18. – La internación involuntaria deberá comunicarse obligatoriamente, en un plazo de 48 horas hábiles, al juez competente. El mismo podrá:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes extras de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria;
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso procederá el alta de forma inmediata.

En caso de no expedirse se considerará autorizado, hasta tanto el juez no determine lo contrario;

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

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

Art. 21. – Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez deberá solicitar informes con una periodicidad no mayor a sesenta (60) 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.

Art. 22. – Transcurridos los primeros sesenta (60) días en el caso de internaciones involuntarias o noventa (90) días en el caso de internaciones consentidas, el juez o la institución respectivamente, darán parte al órgano consultivo que se crea en el artículo 29 de la presente ley.

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

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

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

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

CAPÍTULO VII *Derivaciones*

Art. 27. – Las jurisdicciones deberán garantizar los recursos necesarios para que la asistencia se pueda realizar en el ámbito comunitario.

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

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

CAPÍTULO VIII *Autoridad de aplicación*

Art. 28. – Créase la Dirección Nacional de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación quien será responsable de la planificación, organización y seguimiento de un plan nacional de salud mental acorde a la presente ley.

CAPÍTULO IX *Órgano Consultivo de Derechos Humanos y Salud Mental*

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

Art. 30. – El Órgano Consultivo de Derechos Humanos y Salud Mental estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, de asociaciones de usuarios del sistema de salud,

de los trabajadores de la salud a través de sus organizaciones gremiales y de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

Art. 31. – Son funciones del órgano consultivo:

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

CAPÍTULO X

Convenios de cooperación con las provincias

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

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

CAPÍTULO XI

Disposiciones complementarias

Art. 33. – Modificase el título X, libro primero, sección primera, del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente forma:

TITULO X

De las personas incapacitadas e inhabilitadas

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

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

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

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

Artículo 144: Los que pueden pedir la declaración de incapacidad son:

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

Artículo 145: No podrá declararse incapacidad a personas menores de catorce años.

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

Artículo 147: Interpuesta la solicitud de declaración de incapacidad, debe nombrarse para el demandado un curador provisional que lo represente y defienda en el pleito, hasta que se pronuncie la sentencia definitiva. En el juicio

es parte esencial el Ministerio de Menores. El demandado tiene derecho a designar un abogado de confianza o que se le designe uno de oficio desde el inicio del proceso y hasta que finalice la declaración de incapacidad o inhabilitación, si ésta se determinase.

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

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

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

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

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

Artículo 152 bis: Podrá inhabilitarse judicialmente:

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

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

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

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

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

Art. 34. – Modifícase el artículo 473 del Código Civil el que quedará redactado de la siguiente forma:

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

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

Art. 35. – Modifícase el artículo 479 del Código Civil el que quedará redactado de la siguiente forma:

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

Art. 36. – Derógase el artículo 469 del Código Civil.

Art. 37. – Derógase el artículo 475 del Código Civil.

Art. 38. – Derógase el artículo 482 del Código Civil.

Art. 39. – Abrógase la ley 22.914.

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

Art. 41. – El Poder Ejecutivo nacional reglamentará la presente ley dentro de los noventa días de su sanción.

Art. 42. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Leonardo A. Gorbacz. – Emilio A. García Méndez. – María F. Ríos.