



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

**PROYECTO DE LEY**

*El Senado y Cámara de Diputados...*

**MODIFICACIONES A LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL – Ley 26657**

Artículo 1º.- Sustitúyase el artículo 1º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 1º — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con enfermedad 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.

Entiéndase por enfermedad mental a todo tipo de trastorno mental o del comportamiento que se encuentre descripto o sea objeto de atención conforme se establece en el Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS, CIE-10º Revisión) y las sucesivas versiones de dicha clasificación.

Artículo 2º.- Sustitúyase el artículo 2º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 2º — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

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.

Asimismo se consideran parte integrante de la presente ley, las declaraciones y principios reconocidos por la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26378), y por la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Ley 25280), con el objeto de garantizar la mejora en la calidad y atención de la salud mental de las mismas.

Artículo 3º.- Sustitúyase el artículo 3º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 3º — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y con capacidad de hacer una contribución a su comunidad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

La capacidad de todas las personas, se presume.

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;



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

- 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.

Artículo 4º.- Agrégase como Artículo 3 bis, el siguiente:

ARTICULO 3º bis – A los efectos de la presente ley, entiéndase 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 trastorno, 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.

Artículo 5º.- Sustitúyase el artículo 4º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 4º — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas que por uso, abuso o adicción al consumo de sustancias o drogas –legales o ilegales- desarrollen trastornos del comportamiento o padecimientos mentales deberá ser abordado teniendo en cuenta la singularidad de cada persona y el momento o la etapa del consumo, asegurando el respeto de todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

El tratamiento de las adicciones se realizará en áreas a determinarse dentro de hospitales e instituciones de internación especializadas en el tratamiento de dicha problemática, ya sea por uso, abuso o adicción; en comunidades



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

terapéuticas abiertas o cerradas; o por medio de tratamientos ambulatorios en consultorios externos; hospitales o centros de día y centros de rehabilitación que establezcan estrategias de reducción de daños.

La autoridad de aplicación determinará la definición y caracterización habilitante de dichas instituciones y servicios.

Artículo 6º.- Sustitúyase el artículo 5º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 5º — La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental deberá ajustarse a las normas aceptadas internacionalmente, basadas en evidencia científica, la cual en ningún caso hará presumir riesgo de daño o incapacidad, salvo que así lo determine una evaluación interdisciplinaria atendiendo la situación particular y las circunstancias de la persona con padecimiento mental, en un momento determinado.

El diagnóstico o evaluación interdisciplinaria es condición necesaria para garantizar adecuado tratamiento, en pos de la evolución de la persona/paciente, considerando antecedentes familiares, tratamientos y/u hospitalizaciones previas para evaluar la mejor terapéutica a llevar a cabo. Dicho diagnóstico deberá realizarse con las limitaciones que las leyes de ejercicio profesional establezcan y con el alcance que sus incumbencias profesionales permita, sin que esto importe una estigmatización de quien se encuentra afectado en su salud mental.

Artículo 7º.- Sustitúyase el artículo 7º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 7º — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

- 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 y prácticas fundadas en evidencia científica, que garantice los derechos reconocidos por nuestro ordenamiento jurídico.
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, menos restrictiva de sus derechos y libertades posible, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; que responda a las necesidades de salud de la persona, la protección de su integridad física y/o psíquica, así como también de terceros.
- 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 a contar con asistencia jurídica;
- 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;



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

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; el consentimiento de aceptación o rechazo del tratamiento y/o internación será agregado a la historia clínica de la persona con padecimiento mental. En caso de que se trate de una internación involuntaria o de emergencia, deberá dejarse constancia de dicha circunstancia en la historia clínica por el profesional que así lo decida;

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.

Artículo 8º.- Sustitúyase el artículo 8º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

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, tales como médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapistas ocupaciones y de otras disciplinas o campos pertinentes, no siendo esta una enumeración taxativa.

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

A instancias de la Autoridad de Aplicación, cada jurisdicción definirá las características de conformación de sus equipos interdisciplinarios, de acuerdo a las particularidades propias de la población y bajo la coordinación del médico experto.

Artículo 9°.- Sustitúyase el artículo 9° de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, cuando ello sea posible y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará a la atención clínica y no clínica aceptada y relevante que apunte a reducir el efecto del trastorno o padecimiento mental y a mejorar la calidad de vida del paciente con especial énfasis en la restitución o promoción de los lazos sociales.

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con trastornos o padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

Artículo 10º.- Sustitúyase el artículo 10º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones conforme lo normado por los artículos 59 y 60 del CCyCN y el Capítulo III de la Ley N° 26529, en consonancia con los principios internacionales.

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

Artículo 11º.- Sustitúyase el artículo 11º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación promoverá 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.

Deberá disponer además de dispositivos adecuados para el funcionamiento en aquellos casos de internaciones en hospitales o instituciones especializadas en la atención de alta complejidad de los padecimientos mentales que así lo requieran, centros de salud y servicios de salud mental y psicopatología en hospitales polivalentes; 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



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas, bajo la forma de red de servicios integrados de salud, estructurados por niveles de complejidad dentro de la atención primaria y cobertura universal de salud.

Artículo 12º.- Sustitúyase el artículo 12º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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.

Toda indicación debe respetar los límites impuestos por las leyes que regulan el ejercicio profesional y con el alcance de las incumbencias establecidas para cada disciplina.

Su indicación debe ser racional, precisa, metódica, actualizada, informada y documentada en la historia clínica.

Artículo 13º.- Sustitúyase el artículo 13º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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 y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental, siempre que las normas que regulan sus incumbencias abarquen las competencias del cargo al



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

que se pretende acceder, a cuyos efectos deberá preverse que la designación garantice que el facultativo aspirante detente el mayor grado de incumbencia en la salud en pos de beneficiar al paciente y usuario del sistema de salud.

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.

Artículo 14º.- Sustitúyase el artículo 14º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 14. — La internación es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y excepcional.

Las normas de internación o tratamiento que regulan el aislamiento de las personas con padecimiento o trastornos mentales o del comportamiento deben ser concebidas como un recurso terapéutico adecuado a determinadas situaciones o condiciones del proceso salud-enfermedad y que posee características restrictivas variables para salvaguardar la salud e integridad personal de los sujetos cuya patología se encuadra en la clasificación de trastornos tipificados por la OMS en el capítulo V “Trastornos Mentales y del Comportamiento” de conformidad con el artículo 1 de esta reglamentación.

Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social. Toda indicación de internación o tratamiento que motive el aislamiento, la restricción de visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, debe limitarse a situaciones de crisis, fundadas en la evaluación previa del equipo tratante que aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y será



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

notificada al juez competente con nota donde se plasme la justificación de la misma y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad.

Artículo 15º.- Sustitúyase el artículo 16º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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 médico psiquiatra;
- b) 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.

Artículo 16º.- Derógase el artículo 19º de la Ley 26657

Artículo 17º.- Sustitúyase el artículo 20º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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 grave, cierto e inminente de daño a si mismo o de terceros.



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

Entiéndase por riesgo grave, cierto e inminente a aquellas contingencias que puedan desencadenar un daño que amenace o cause un perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de 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 grave, 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.
- d) Comunicación inmediata a la autoridad judicial en turno.

Artículo 18º.- Agrégase como Artículo 20 bis, el siguiente:

ARTICULO 20 bis: Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una persona potencialmente afectada por un trastorno mental o del comportamiento, deberán intervenir procurando evitar daños, extremando los medios que fueran necesarios para garantizar los derechos por esta ley reconocidos, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda hasta su efectivo traslado en condiciones seguras para el paciente.

La Autoridad de Aplicación en conjunto con el MINISTERIO DE SEGURIDAD elaborará protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

Artículo 19º.- Sustitúyase el artículo 21º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de VEINTICUATRO (24) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;
- 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.

Artículo 20º.- Sustitúyase el artículo 22º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado particular o solicitar que el Estado le proporcione uno desde el momento de la internación.



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

En el ejercicio de la asistencia técnica el abogado defensor debe respetar la voluntad de la persona internada en lo relativo a su atención, tratamiento o externación, ponderando la opinión del equipo tratante, pudiendo solicitar en caso de oposición a la voluntad de su patrocinado, la intervención de peritos judiciales o de parte a fin de que el juez pondere y resuelva la cuestión planteada.

Artículo 21º.- Sustitúyase el artículo 24º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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 podrá 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.

Artículo 22.- Sustitúyase el artículo 27º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios 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.



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

Se aceptará como parte de los “dispositivos alternativos” hospitales especializados en psiquiatría y salud mental públicos o privados, cuyas pautas de habilitación serán establecidas por la Autoridad de aplicación, con el objeto de atender a las personas con padecimiento mental en el marco de la presente ley.

Artículo 23.- Sustitúyase el artículo 28º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales o instituciones especializadas en salud mental polimodales y/o de alta complejidad, sean públicos o privados. 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.

Artículo 24.- Sustitúyase el artículo 31º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

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.

En tal carácter debe promover a través de campañas de difusión y concientización sobre la Salud Mental, el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley, así como el PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL que deberá elaborar conjuntamente con la SEDRONAR, destinado tanto a los integrantes de los equipos de salud como a la ciudadanía toda.



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

Tendrá a su cargo además la capacitación obligatoria, el perfeccionamiento y la actualización de conocimientos vinculados a la salud mental y tratamiento de las personas con padecimiento o trastornos mentales o del comportamiento, de los familiares, fuerzas de seguridad y operadores comunitarios, para lo cual deberá formar agentes aptos para:

- a) Brindar información adecuada, oportuna y validada científicamente, a toda la comunidad;
- b) Orientar y facilitar el acceso a atención, cuidados y recursos para el tratamiento de emergencia de la persona con padecimiento mental o del comportamiento;
- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a la salud mental.

Artículo 25º.- Sustitúyase el artículo 32º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

A los efectos del cumplimiento de la presente ley, el Poder Ejecutivo Nacional preverá en el Presupuesto general de la administración nacional para cada ejercicio, a partir del año siguiente a la sanción de esta ley, una partida del 10% del total previsto para el Area de Salud.

Autorízase por única vez y con carácter excepcional al Jefe de Gabinete de Ministros a asignar las partidas presupuestarias necesarias para cubrir el 10% del total previsto para el Area de Salud, para el año en curso.

Artículo 26º.- Sustitúyase el artículo 38º de la Ley 26657, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTICULO 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



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

usuarios de los servicios de salud mental. El mismo estará encabezado por un Presidente designado por el Ministerio de Salud como autoridad de aplicación de la Ley 26657, quien deberá acreditar experiencia clínica en el área de Salud Mental.

Artículo 27º.- Derógase el artículo 42º de la Ley 26657.

Artículo 28º.- Derógase el artículo 43º de la Ley 26657.

Artículo 29º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.-

Marcela Campagnoli

Alvaro De Lamadrid

Hernán Berisso

Gabriela Lena

Soher El Sukaria

Lidia Ascarate

Lorena Matzen

Luis Petri

Carolina Castets

Ingrid Jetter

Alberto Asseff

Hector Toty Flores

David Schlereth

Monica Frade

Carla Piccolomini



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

### **FUNDAMENTOS**

Señor Presidente:

El presente proyecto de ley viene a modificar y mejorar la Ley 26657 de Salud Mental, luego de casi 11 años de vigencia que ha demostrado un gran avance respecto de la derogada 22914, pero algunas falencias para afrontar las vicisitudes que la complejidad de la enfermedad mental conlleva para el paciente, sus familias y su entorno e incluso para profesionales de la salud y poder judicial.

En efecto, en este tiempo hemos tenido oportunidad de apreciar y valorar que el trabajo multidisciplinario es un paradigma evolutivo cuando se trata de atender la enfermedad mental y las adicciones, a diferencia de lo que ocurría con anterioridad en la que cada disciplina asumía el compromiso del intercambio de manera voluntaria pero en muchos casos desorganizada.

La 26.657 trajo un ordenamiento al trabajo conjunto e interdisciplinario pero aun hoy a pesar de esos avances, se hace necesario profundizar en dicho sentido y caminar por una senda de mayor complementariedad entre las decisiones médico asistenciales y el poder judicial y entre estos y el Estado.

Durante estos años lo que lamentablemente se ha visto, es que los pacientes psiquiátricos en muchos casos con episodios de riesgo grave, cierto e inminente han sido gravemente dañados en la vía pública o han puesto en riesgo a terceros, por falta de prevención, asistencia y contención oportuna. Es que a pesar de los claros términos del artículo 32 de la ley en revisión, nunca se llegó a cumplir con el incremento de las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar al piso mínimo del 10% del presupuesto total de Salud.

La Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia en Febrero del corriente año, presentó un informe respecto del relevamiento del presupuesto destinado a Salud Mental y observó que: “A nivel nacional pueden identificarse 4 entidades con gasto en salud mental: el Ministerio de Salud (en particular la “Actividad Apoyo y Promoción de la Salud Mental”), los 2 hospitales monovalentes nacionales (Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. “Laura Bonaparte” y Colonia “Dr. Manuel A. Montes de Oca”), y la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Durante el año 2021, la suma de los recursos totales de estos organismos representará tan solo el 1,47% del gasto total de salud, lo que se encuentra muy por debajo del mínimo dispuesto en la ley 26.657”.



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

La conclusión a la que arriba dicho informe, sostiene: “Los objetivos propuestos en el Programa 42 del Ministerio de Salud, vinculados a sensibilizar a la comunidad, avanzar en procesos de desinstitucionalización e impulsar que los hospitales psiquiátricos adopten planes de adecuación a la ley no siempre se reflejan en partidas presupuestarias específicas, y los documentos presupuestarios carecen de desagregaciones relevantes y de indicadores que permitan monitorear los progresos y detectar incumplimientos. Lo mismo ocurre con los hospitales monovalentes de carácter nacional, en tanto su presupuesto 2021 no contiene un aumento en las metas de asistencia a las personas usuarias en sus procesos de externación, ni medidas tendientes a reducir la población internada en estas instituciones.

El panorama descrito no solo incumple la ley 26.657 sino también la sentencia judicial dictada en diciembre del año 2015 por la Justicia Nacional en la causa “S.A.F y otros c. Estado Nacional y otros”, a través de la cual se condenó al Ministerio de Salud a proveer dispositivos comunitarios para garantizar la externación de las personas que se encuentran encerradas en hospitales psiquiátricos en condición de alta. Hasta la fecha, esta entidad no ha acreditado la creación de ningún dispositivo nuevo, y tampoco la reserva de partidas presupuestarias para esta finalidad”.

Ante este cuadro de situación, para adentrarnos en el tema decidimos hacer una serie de entrevistas con distinguidos psiquiatras (Dres. Silvia Palamarchuk, Dr. Andrés Mega y Dr. Christian J. Molina Radio), y psicólogos como la Lic. Jorgelina Kos Grabar, y participamos como oyentes del “Primer encuentro de diálogo sobre convergencias entre el sistema de justicia y el sistema sanitario para el abordaje de las problemáticas de salud mental<sup>iii</sup>”, organizado por la Asociación de Magistrados y Funcionarios; el Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la UBA y APSA – Asociación de Psiquiatras Argentinos, llevada a cabo el día 23 de Agosto del corriente año.

Fue un intercambio sumamente provechoso y fructífero, con los cuales nos pudimos nutrir de conocimientos, experiencias y colaboraciones varias para la redacción de algunas de las modificaciones que aquí se proponen. En particular, del Encuentro de diálogo en el que se abordó el tema de las situaciones de urgencia y la protección del paciente desde la articulación judicial y del equipo interdisciplinario de salud mental, pudimos tomar como propuesta la necesidad de hacer hincapié en lo que respecta a indicaciones terapéuticas que afecten la



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

libertad del paciente, que la toma de esa decisión sea conjunta y corresponsable entre el equipo sanitario y el poder judicial -tal como se plasmó en el artículo 20 al cual se agregó el inciso d) respecto de la comunicación inmediata al juez de turno.

Además tomamos muy seriamente la sugerencia de introducir la noción de “gravedad” cuando se trata de caracterizar las situaciones que hasta hoy en la ley estaban contempladas como “riesgo cierto e inminente”, elemento básico para la distinción de las modalidades de internación psico-psiquiátricas, *urgencia vs. terapéutica*.

El fundamento surge del expediente “S.de B. M del C. c/Ministerio de Justicia-Poder Judicial-Estado Nacional S.493.XLII”, en el cual el voto mayoritario (del 1 de Septiembre de 2009) desestimó el análisis del expediente de internación psiquiátrica compulsiva por incumplimiento de los requerimientos exigidos para el recurso extraordinario, pero cuyo voto minoritario se abocó al análisis de la cuestión y del cual se desprende esta noción de *peligrosidad* a la que aludieron los Dres. Ricardo Lorenzetti, Carlos Fayt y Eugenio Zaffaroni.

En efecto los mencionados magistrados en uno de los párrafos del mencionado fallo sostuvieron: *“no se precisaron los criterios para ordenar dicha internación, ni se especificaron los estándares sustantivos para la reclusión preventiva (definir con precisión el grado de peligrosidad de la paciente). Es preciso señalar que solo resulta legítima una internación obligatoria si la conducta del paciente, por su afección, verificada como pasible de internación, implica la posibilidad de daño a si mismo o a terceros...”* y sigue diciendo: *“una persona puede ser admitida como paciente involuntario cuando queda acreditado que padece de una enfermedad mental grave, que su capacidad de juicio está afectada, y que el hecho de que no se la retenga o admita en una institución psiquiátrica puede acarrearle un gran deterioro de su condición...”*

Para la psiquiatría es imprescindible que se entienda la distinción entre la peligrosidad inminente (riesgo grave, cierto e inminente) de la potencial a fin de conceptualizar dos tipos de internaciones: 1) la urgente que puede ser compulsiva por ser impostergable porque hay riesgo grave, cierto e inminente de daño; y 2) la internación terapéutica que ocurre cuando hay peligrosidad potencial dada por la condición psiquiátrica, pero de la cual no puede predecirse cuándo ocurrirá la acción disvaliosa. Esta internación que puede resultar provechosa para el paciente, no estará fundada en la inmediatez del riesgo sino en la naturaleza de



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

instrumento terapéutico que se pone en juego dentro de un proceso secuenciado de indicadores<sup>iii</sup>.

Por esto es que decidimos incorporar al artículo 20 la caracterización de riesgo grave, cierto e inminente.

Los jueces por su parte aportaron desde la casuística la necesidad de encarar programas de capacitación y recursos de seguimiento respecto de los familiares del paciente psiquiátrico o adicto, puesto que lo que suele ocurrir cuando estas personas son dadas de alta o realizan un tratamiento ambulatorio, es que vuelven a la casa donde el único cuidador es una mamá, ó una esposa que no tiene supervisión, acompañamiento ni mucho menos contención para saber cuál es el mejor modo de tratar a la persona que padece alguno de estos tipos de trastornos. Por ello nos pareció necesario incorporar la promoción por parte del Ministerio de Salud, de cursos de capacitación obligatoria, perfeccionamiento y actualización de conocimientos vinculados a la salud mental y tratamiento de las personas con padecimiento o trastornos mentales o del comportamiento, dirigidos a los familiares, fuerzas de seguridad y operadores comunitarios, tal como lo plasmamos en el artículo 24 de este proyecto. Esto sin perjuicio de la incorporación del artículo 20 bis (artículo 18 del proyecto) respecto de los protocolos de intervención y capacitación, que elaborarán conjuntamente el Ministerio de Salud y el Ministerio de Seguridad, destinados a las Fuerzas de Seguridad para cuando deban tomar contacto con una persona afectada por un trastorno mental o del comportamiento.

Todos recordamos casos recientes en los que el estupor y en algún caso, el horror se hizo presente, como lo fue el del policía federal Juan Pablo Roldán asesinado a cuchilladas, ocurrido en Septiembre del 2020 a plena luz del día en el barrio Porteño de Palermo, a manos de un joven con trastornos mentales quien días después, tras haber sido baleado en una pierna también perdió la vida. O el de Santiago Chano Moreno Charpentier que a fines de Julio del año en curso ante un brote psicótico, armado con un cuchillo fue reducido por un policía mediante el uso de un arma de fuego, poniendo en serio riesgo la vida del cantante. Y ello porque la policía no está correctamente entrenada en técnicas que permitan reducir y desarmar a alguien que los agrede usando un arma blanca. En definitiva a los policías, solo le proveen un arma de fuego y un uniforme. Nos parece de suma urgencia establecer en la ley una coordinación de los Ministerios de Salud y



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

Seguridad, para que determinen los cursos de capacitación necesarios y suficientes para evitar que vuelvan a ocurrir hechos como los descriptos.

Decidimos además incorporar en el artículo 11 de la Ley 26657 (artículo 11 del proyecto) el establecimiento de dispositivos adecuados para el desarrollo de internaciones en hospitales o instituciones especializadas en la atención de alta complejidad de los padecimientos mentales que así lo requieran, puesto que uno de los reproches más importantes que se le hace a la ley es confundir al hospital monovalente como dispositivo manicomial y aquél especializado para el tratamiento adecuado de los trastornos mentales.

Creemos que con la presente modificación no terminará el debate de esta cuestión, ni mucho menos esta será la solución a tantos problemas que durante muchos años fueron ignorados o abandonados por el Estado, como lo es la salud mental. Somos conscientes que aún con los muchos avances que ha producido esta ley en materia de respeto a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y adicciones, aun nos queda un largo camino por recorrer sobretodo en lo que respecta a la tarea preventiva de quienes las padecen.

“Alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta a nivel mundial. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. Las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés) que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo y que se estima que para el año 2020 aumentarán en un 15%. Cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas. Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad, sino que también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas. Teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento para disminuir la discapacidad debida a trastornos mentales y de conducta, el único método sostenible para reducir la carga causada por estos trastornos es la prevención<sup>iv</sup>.

Quisimos trabajar sobre algunos de los puntos propuestos por quienes en la práctica cotidiana ven que aún faltan soluciones, y por ello tratamos de abordar en este proyecto por ejemplo la definición de salud y con ella la especificidad del diagnóstico; algunas cuestiones para allanar el camino al tratamiento de las urgencias en salud mental y la especificidad que tiene la enfermedad para que se



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

destinen recursos económicos y edilicios para el tratamiento de los casos graves, como los antes mencionados y que resultan un riesgo si no se adoptan ni se adaptan los espacios suficientes que el cuidado del enfermo requiere.

Por último aprovechando la oportunidad de hacer las reformas de fondo que proponemos, hacer unas reformas de fondo como la derogación de los artículos 42 y 42 de la Ley 26657, en virtud de la normativa establecida en los artículos 31 a 40 del CCyCN vigente.

Por las razones expuestas, y abiertos a un debate amplio, a las sugerencias, propuestas de modificaciones y a la experticia de todo aquél que quiera sumar su granito de arena para lograr la mejor protección y prevención respecto del tratamiento de la salud mental, es que solicitamos a nuestros pares el acompañamiento y aprobación del presente Proyecto de Ley.

Marcela Campagnoli

Alvaro De Lamadrid

Hernán Berisso

Gabriela Lena

Soher El Sukaria

Lidia Ascarate

Lorena Matzen

Luis Petri

Carolina Castets

Ingrid Jetter

Alberto Asseff

Hector Toty Flores

David Schlereth

Monica Frade

Carla Piccolomini

---

<sup>i</sup> <https://acij.org.ar/informe-salud-mental-recursos-insuficientes-y-concentrados-en-el-manicomio/>

<sup>ii</sup> <https://juecespsiquiatras.apsavirtual.com.ar/>

<sup>iii</sup> Cuadernos de Medicina Forense Argentina – Año 2 – N° 1 “Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o terceros – Dres. Leonardo Ghioldi y Esteban Toro Martinez – Psiquiatras Forenses de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

<sup>iv</sup> Prevención de los Trastornos Mentales-Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht – OMS 2005