

Alcances y aplicaciones de la Ley Nacional de Salud Mental.

Director:

Pablo Perel

Autores:

Pablo Glanc

Jimena Habib

Gonzalo Gastón Semeria

Colaboradoras:

Mariel Acosta Magdalena

Paula Brückner

Alcances y aplicaciones de la Ley Nacional de Salud Mental /
Gonzalo Gastón Semeria ; Pablo Glanc ; Jimena Habib ;
contribuciones de Mariel Acosta Magdalena ; Paula Brückner ;
dirigido por Pablo Perel. - 1a ed. - Tapiales : Gonzalo Gastón
Semeria, 2016.

144 p. ; 23 x 16 cm.

ISBN 978-987-42-2943-4

1. Servicios de Salud Mental. 2. Salud Mental . 3. Derechos Humanos. I. Acosta Magdalena, Mariel, colab. II. Brückner, Paula, colab. III. Perel, Pablo, dir. IV. Título. CDD 362.2

Hecho el depósito Ley 11.723
ISBN 978-987-42-2943-4
Todos los derechos reservados.

"Este libro es producto del proyecto de investigación DeCyT, convocatoria 2014-2016, código DCT1427: "Derecho Humano a la Salud Mental. Reconocimientos, alcances, reformas y deudas en la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental".

Director: Pablo Perel.

El equipo de investigación agradece el apoyo académico y financiero de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires".

I. Introducción

Las modificaciones legales, más aún cuando acarrearán profundos cambios en la materia a desarrollar, se enfrentan al hiato entre la dimensión normativa y la operatividad concreta de las transformaciones contenidas bajo la palestra de nuevas ideas. Lo viejo y nuevo, lo oprimido y liberado, en fin, los pares multipolares en los cuales convergen las disputas materiales y simbólicas que atraviesan el entramado social, articulan las dinámicas de avance y resistencia en las cuales el operador crítico debe focalizar.

El presente trabajo, desde este marco, tiene como objetivo analizar la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, dando cuenta de las tensiones y luchas que se tejen en torno a este cambio de paradigma.

Es entonces que se hace necesario preguntar qué dispositivos colisionan en las disputas que toman lugar en las relaciones jurídicas. Partiendo de la concepción crítica del derecho como discurso, será cuestión de rastrear las tensiones que por éste

circulan. Pues, no puede obviarse que los cambios paradigmáticos que trastocan por completo el estatus de las relaciones jurídicas se enfrentan, tanto a los actores de oposición, como a las prácticas naturalizadas por el colectivo social.

En este sentido, atendiendo a los cambios que se vienen sucediendo gracias a la sanción de nuevas leyes con perspectiva de Derechos Humanos que reivindican los derechos de aquellos grupos sociales históricamente discriminados, entendemos necesario el análisis de la recepción de las nuevas políticas públicas que se aplican en consecuencia, con la idea de relevar fortalezas e identificar falencias desde la experiencia de quienes son encargados de ponerlas en práctica.

II. Cuestiones metodológicas

El presente trabajo responde a un esquema de investigación de tipo cualitativo, definida esta metodología como aquella que *“emplea métodos de análisis y de explicaciones flexibles y sensibles al contexto social (...) intenta comprender, hacer al caso individual significativo en el contexto de la teoría, provee nuevas perspectivas sobre lo que se conoce,*

describe, explica, elucida, construye y descubre” (Vasilachis; 2007: 29).

Aun así, siguiendo las directrices expuestas en el marco teórico, el “acercamiento al campo” de esta investigación no pretende someterse al ritualismo de verdad objetiva impuesta por el método científico, por lo que, conforme la autora previamente citada, se ha dado predominancia a la flexibilidad y reflexividad del/ de la investigador/a. De aquí se colige que a través de los “resultados” no se pretende postular una *verdad* sino más bien acercar a una realidad compleja e intrincada, tanto para el/la investigador/a como para quien no opera en el ámbito de la salud mental.

En primer lugar, se dio espacio para el estudio de la legislación vigente desde el campo del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, como así también la normativa legal actual; a su vez, se procedió a realizar una lectura crítica de la bibliografía especializada, citada al final del trabajo.

Posteriormente se realizaron entrevistas a los distintos agentes, de las diferentes instituciones abarcadas por las modificaciones que la nueva ley

trajo como consecuencia de su sanción. Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada y en profundidad a informantes claves -los informantes son seleccionados por su condición de especialistas (Tremblay; 1982), la importancia del informante como representativo de su grupo o cultura, alguien que está en condiciones de brindarnos información sobre aquello que conoce (Ameigeiras; 2007: 128). Así, como se quiso partir del registro de experiencias de personas involucradas en las experiencias relevadas, devino necesario identificar actores de peso relevante en el sistema, a saber: operadores de la salud (tanto en centros privados como públicos); Organizaciones No Gubernamentales y operadores de la justicia (poder judicial y defensa pública).

En este sentido hemos diseñado un cuestionario de preguntas dirigidas abiertas, a través de las cuales es posible aproximarse a ciertos ejes nodales que atraviesan la cuestión: interdisciplinariedad, derechos de las personas que atraviesan alteraciones en su salud mental, desarrollo y extensión de las internaciones y, por último, desmanicomialización. En concreto, con las singularidades necesarias del caso, las preguntas efectuadas en las entrevistas fueron pensadas en

relación a verificar el grado de cumplimiento de los nuevos lineamientos que plantea la normativa, como así también el tipo de dificultad que su aplicación conlleva para estos operadores.

III. Marco Teórico

Como hemos presentado en el punto anterior, el análisis que realizaremos partirá desde la concepción crítica del derecho, movimiento que se presentó a finales de los sesenta y principios de los setenta, en contraposición con los grandes paradigmas tradicionales, el iusnaturalismo y el iuspositivismo, en sus distintas versiones respectivamente.

Así, antes de entrar en el análisis propio de la Ley de Salud Mental, sintetizaremos en este apartado ciertas notas comunes que comparten las diversas teorías críticas, por cuanto estas no se reducen a una sola y única teoría sino que “comprenden múltiples tendencias, corrientes o formulaciones críticas que surgen de matrices ideológicas y científicas distintas, y reflejan las condiciones sociopolíticas que predominan en cada uno de sus países de origen” (Wolkmer, 2003:45).

Nosotros mencionaremos aquellas notas correspondientes a las corrientes críticas de América Latina.

En principio cabe resaltar que, las transformaciones sociales, culturales, económicas y políticas, a la vez que las crisis y consecuencias de la sociedad burguesa capitalista, generan repercusiones en las teorías jurídicas tradicionales y *“han puesto en evidencia aquellos temas omitidos por el pensamiento jurídico”* (Ruiz, 2009:10). Así, *“producen una ruptura de carácter epistemológico, ya que abandonan un modelo explicativo, presente tanto en el naturalismo como en el positivismo, y lo sustituyen por un modelo dialéctico-comprensivo”* (Ruiz, 2009:11).

En segundo lugar, sostienen la idea de que el derecho, en tanto ciencia, interviene en la producción de su objeto y lo construye, participando de las funciones sociales que le atribuye y fundamentando las ficciones que lo estructuran. Además para las filosofías críticas, no son los sujetos los que constituyen la sociedad, sino que es ésta la que constituye a los sujetos,

determinándolos a través de complejos procesos de socialización.

El derecho, para las teorías críticas es entendido como un discurso social, y como tal es ideológico, en tanto dota de sentido a las conductas de los hombres, a la vez que oculta el sentido de las relaciones estructurales establecidas entre los sujetos, con la finalidad de reproducir las hegemonías sociales. Así, la estructura del discurso jurídico, encubre, desplaza y distorsiona el lugar del conflicto social y permite al derecho instalarse como legitimador del poder, al que disfraza tornándolo neutral.

“El discurso jurídico reconoce, para las teorías críticas, distintos niveles. El primero de ellos, (...) está constituido por el discurso producido por los órganos sociales, por los representantes de las instituciones, es decir, por aquellos a los que el mismo discurso autoriza a decir ciertas (...) normas, reglamentos, decretos, edictos, sentencias (...) Este nivel del discurso será autosuficiente en su producción y en su reproducción (...). El segundo nivel del discurso jurídico estará integrado por las teorías, doctrinas, discusiones, en definitiva por el producto de la

práctica teórica de los juristas y por las alusiones de uso y manipulación del primer nivel o sea por el producto de la práctica profesional de abogados, escribanos (...) y toda la amplia ristra de los instrumentadores del primer nivel del discurso (...) Finalmente, el tercer nivel del discurso jurídico, será de efecto prácticamente especular respecto a los anteriores. El lugar del discurso jurídico donde se almacenarán las creencias producidas por las ficciones, las imagerías de seguridad, construidas por los mitos (...) Este es el nivel del discurso jurídico donde se juega el imaginario de una formación social. Es el discurso que producen los usuarios, los súbditos, los destinatarios, los desconocedores absolutos, presumidos de conocer puntualmente el contenido de los otros dos niveles”. (Entelman, 1991: 307-309).

En cuanto a la articulación entre derecho y poder, cabe señalar que, para la teoría crítica el discurso del derecho es el discurso del poder, ya que “*el derecho legitima al poder en el Estado, y en todos los intersticios de la vida social, a través de la consagración explícita de quienes son sus detentadores reconocidos*” (Ruiz, 2009:11). Por todo esto es que, no hay pureza posible en la teoría

acerca del discurso del derecho, la pregonada neutralidad resulta ser una fantasía, una ficción. La concepción de poder que toma la teoría crítica tiene una gran influencia de Foucault (Foucault, 1979), en especial en cuanto a la consideración de que el poder no es un instrumento que unos poseen y otros carecen, si no que se trata de una relación, una situación estratégica en el seno de una sociedad determinada.

Otra de las ficciones del derecho, para la teoría crítica, es la apariencia de autosuficiente y autoregulado en su producción. Así, el derecho crea la impresión de que su origen y su organización sólo requieren de la razón para ser aprehendidos y que su modo de creación y aplicación depende exclusivamente de su forma. De esta manera, las teorías tradicionales que enfatizan en los aspectos formales, identifican al derecho con la ley, con la norma.

Frente a este concepto reduccionista, que presenta al derecho como pura norma, los críticos oponen una concepción que caracteriza al derecho como una práctica social discursiva y específica (porque produce sentidos propios y diferentes a los

demás discursos) que expresa históricamente, los conflictos y tensiones de los grupos sociales y de los individuos que actúan en una formación social determinada.

De esta manera, el discurso del derecho no queda compuesto únicamente por normas, tal como sostenía la teoría pura del derecho (Kelsen; 1965); por el contrario, esta línea filosófica cuestiona el reduccionismo del positivismo, en tanto presenta que el discurso jurídico solamente se compone de normas (Ruiz; 2001:5; Carcova; 2009) y plantea que el derecho se compone de tres niveles: aquel que integran las normas, en todas sus formas (leyes, decretos, reglamentos, sentencias), la doctrina, en su interpretación, y el imaginario social, estamento más oculto, opaco, negado del discurso jurídico (Marí; 1996; Ruiz; 2001; Carcova; 2009), definiéndolo como *“red de significaciones que atraviesan, orientan y dirigen toda la vida de una sociedad, y a los individuos concretos que la constituyen (...) más allá de las definiciones puramente anatómicas o biológicas, el hombre, la mujer y el niño son lo que son en virtud de las significaciones imaginario sociales...”* (Tello; 2003: 17-18).

En palabras de Enrique Mari, se trata de *“una praxis en el mismo sentido que esta categoría tiene en la teoría aristotélica y en la marxista, [es] la inserción del discurso del orden en montajes de ficción, soportes mitológicos y prácticas extradiscursivas como ceremonias, banderas, rituales, cánticos e himnos, distribución de espacios, rangos y prestigios, etiquetas, y otras de no menos variado tipo como heráldicas, diplomas, tatuajes, marcas, apelación a los ancestros, tumbas, símbolos funerarios, manejos de ruidos y silencios, escenas que ponen en relación al hombre con la solemnización de la palabra”* (Mari; 1996: 232 y 219).

La función del imaginario social es preparar los cuerpos para la aceptación de aquellas normas que vendrán dadas como formas de verdad, y a su vez, simbióticamente, serán el sustento sobre el cual las mismas proposiciones se consideren <<justas>> y se mantengan vigentes. De esta forma, los/as mitos, ideas y creencias se impondrán en el conjunto de la sociedad, naturalizándose hasta tal punto de parecer únicas y naturales, acatando aquellas normas que sean concordantes con la

cosmovisión aceptada, y oponiéndose a todas ellas que interfieran en dicha imagen.

Sin embargo, el derecho también puede cumplir una doble función. Si es el derecho la cristalización de las soluciones impuestas, entonces, ese debe ser el objetivo hacia donde direccionar las peticiones. Para que dejen también de ser conflictos, y sean orden. Es lo que se denomina la <<función paradójica>> del derecho: *“a la vez que cumple un rol formalizador y reproductor de las relaciones establecidas, también cumple un rol en la remoción y transformación de tales relaciones, posee a la vez una función conservadora y renovadora. Ello es así, porque como discurso ideológico elude pero también alude. Al ocultar, al disimular, establece al mismo tiempo el espacio de una confrontación. Cuando promete la igualdad ocultando la efectiva desigualdad, instala además un lugar para el reclamo por la igualdad”* (Carcova; 2009: 34). Señalaba Luhman que *“[e]l derecho ya no se concibe como un conjunto de normas sino como un sistema de operaciones que maneja esquemas propios (...) [y] utiliza constantemente la autorreferencia para trabajar y reproducirse (...) hay algo fascinante -y también perverso- en esta obstinada referencia a sí*

mismo. Esto no quiere decir que no puedan surgir formas de resistencia. Pero sólo serán eficaces desde el conocimiento mismo de la técnica jurídica, de la lógica institucional” (Luhmann; 2002: 19). Es aquí donde se inscriben los derechos sociales. “Negados primero, expresados retóricamente después, su incorporación en el discurso del derecho otorga un manto de legitimidad y credibilidad al orden vigente; empero, al mismo tiempo, representa la herramienta de mayor validez de los grupos minoritarios para la real exigencia del cumplimiento de sus derechos y de la satisfacción de sus básicas necesidades. Su incorporación en el derecho positivo es el primer paso de esta revolución conservadora, intrínseca aporía que busca remover el status quo vigente mediante su reafirmación, pero que en la búsqueda de su propio sentido otorga mayores beneficios a las clases sojuzgadas” (Glanc; 2013:89). Aquí se inscribe la Ley Nacional de Salud Mental, cuyo espíritu reside en dar visibilidad a las personas con padecimiento mental, grupo históricamente estigmatizado y vulnerado en sus derechos; esta ley “Tiene como objetivo la protección de los ciudadanos con padecimiento mental y problemas de adicciones, reconociendo derechos, dando lugar a singularidades

y a la propia decisión sobre el plan de vida.”(Perel, Glanc, Habib, Semeria, Acosta, 2013:178).

IV. La Ley 26.657. Aspectos principales de la normativa.

Si bien la Ley 26.657 dota de sentido un aspecto trascendental del derecho a la salud, lo hace desde una perspectiva de derechos humanos; es por esto que podemos afirmar que la norma en cuestión es una norma de derechos humanos, específicamente, del derecho humano a la salud, que tiene como principal fundamento el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. En este sentido establece su Art. 1º:

“La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la

protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.”

1. Sujetos de derecho.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 vino a romper con la antiquísima concepción de objeto de tutela en relación a las personas con padecimiento de su salud mental, para dar lugar a una mirada del individuo como sujeto de derechos, en concordancia con el principio de capacidad jurídica de hecho y de derecho que postula el art. 12 de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, de jerarquía constitucional.

La revolución de la capacidad como regla, receptada en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, además de reconocer la dignidad misma de la noción de persona humana, armoniza con el progresivo avance en el afianzamiento de los Derechos Humanos. *“Hoy, la Defensa Pública debe asegurar el derecho de la persona a ser oída, garantía básica inherente al debido proceso; brindando el servicio a través de una defensa técnica de la persona, en su calidad de sujeto de derecho, de forma gratuita. Además, la defensa debe ejercerse*

siguiendo la voluntad de la persona asistida jurídicamente, sin conflicto de intereses, sin injerencia indebida y sin responder a intereses contrapuestos o genéricos que aparten la defensa de los intereses individuales del sujeto. El defensor deberá además facilitar a la persona el goce del derecho al recurso judicial contra decisiones que no comparta, vinculadas al tratamiento o la internación. Estos estándares de intervención han sido ratificados por el nuevo CCC (art. 41 inc. d) (...)” (Laufer:2015)

El grado de penetración de este ideario tornó insostenible el sometimiento a prácticas que, bajo la excusa terapéutica, se equiparaban a los tratos crueles y torturas contenidas por los distintos ordenamientos internacionales sobre la materia; sin embargo, este nuevo paradigma no encuentra su génesis en el Poder Legislativo Nacional.

Por el contrario, el modelo social de la discapacidad emerge del Derecho Internacional de los Derechos Humanos: en este sentido, ya el art. 3.a de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad afirma que es principio de dicha Convención “***El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de***

tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas” (el resaltado es propio). Concordantemente, el art. 19 de la mentada Convención establece, en su inciso “a”, que los Estados firmantes deben garantizar que **“Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico”**.

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos reconoce, entonces, el derecho a la toma de decisiones respecto de la vida, la salud y la vivienda de todas las personas en situación de discapacidad psicosocial, a la vez que protege a las personas que conforman este grupo frente a todo tipo de decisión que intente, sin perjuicio de las buenas intenciones, pasar sobre su voluntad.

Concordantemente, toda la normativa de salud que rige la materia se erige sobre la libertad de elegir, aún sea consintiendo o no consintiendo las indicaciones del equipo de salud. Así, el artículo 2º, inciso “e” de la Ley de Derechos del Paciente 26.529

establece como principio básico de los derechos de los pacientes el derecho a la Autonomía de la Voluntad, afirmando que *“El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”*; de allí se desprende que el principio rector de todo trato entre el/la profesional de la salud y su *paciente* debe ser la autonomía de voluntad del segundo, relegando a las excepciones aquellos casos en los que prime la decisión unilateral del/ de la primero/a nombrado/a.

A su vez, y de forma conteste, la Ley 26.657 recepta este principio y, en el inciso “k” de su art. 7° reconoce el derecho de toda persona con padecimiento mental a *“tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades”*; en el mismo sentido, su inc. “d” establece que *“El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos (...) 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”.

De la misma manera se expresa el Decreto Reglamentario de la mentada norma, DEC. PEN 603/13, que en su artículo 30 estipula que *“La conveniencia de derivación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona deberá estar debidamente fundada por evaluación interdisciplinaria en los términos previstos en el artículo 16 y concordantes de la Ley. La comunicación al Juez y al Órgano de Revisión, cuando no exista consentimiento informado, deberá ser de carácter previo a la efectivización de la derivación”*. En contraposición con lo expuesto, es dable destacar que la Ley Nacional de Salud Mental solamente habilita la toma de decisiones sobre la persona usuaria cuando se trata de circunstancias de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros/as; agotada dicha situación, toda persona tiene la protección estatal de decidir sobre su propia vida.

Adoptando el modelo social de la discapacidad consagrado en el derecho internacional de los Derechos Humanos, podemos decir que la ley Nacional de Salud Mental establece un nuevo

paradigma, donde se reconoce la capacidad de las personas con padecimiento psíquico; como contrapartida, reconoce el derecho a la autodeterminación de las personas con problemáticas de salud mental. En este sentido, lo que está en juego no es la mera capacidad de las personas sino también su libertad para tomar decisiones en su vida, sin que dichas decisiones puedan ser cuestionadas.

Como bien sintetizaba en su dictamen la Procuración General ante la CSJN, *“Tal como ha sucedido respecto de la niñez, el consenso internacional también ha cambiado cualitativamente en lo que concierne a los derechos de las personas con discapacidad mental, evolucionando desde el paradigma asistencialista tutelar clásico hacia la doctrina de la protección integral de la persona en situación de vulnerabilidad social como sujeto de derechos.”* (Procuración General ante la CSJN; 2014: 3).

En el mismo sentido se ha expresado la Defensoría Oficial ante la CSJN, afirmando que *“no puedo dejar de señalar en primer lugar, que la ley 26.657, gira en torno a la reivindicación de los*

derechos humanos de las personas con padecimientos en su salud mental y, en especial, al reconocimiento de su voluntad como sujeto de derecho (...) en tal sentido, deben agotarse los medios existentes para que pueda expresarla y así hallarse plenamente incluida en el proceso de toma de decisiones del sistema social en que se desarrolla su existencia.” (Defensoría Oficial ante la CSJN; 2012: 6 y 8).

Ahora bien, el derecho al ejercicio de la capacidad de hecho y de derecho implica también, el derecho a equivocarse, de todas las personas, sin discriminación.

Este cambio normativo no es para nada menor, puesto que el reconocimiento de la capacidad de la persona la empodera ante los dispositivos legales y sanitarios que se entrelazan en su biografía. De ser un objeto a ser tutelado por otro adulto, se pasa al escenario de la autonomía y los derechos, contando con un apoyo y asistencia técnica necesaria que, por su definición, no supe la voluntad de la persona.

Así, del esquema del “objeto/paciente” de las disciplinas jurídico/médicas pasamos al esquema de usuario del servicio de salud mental que por su discriminación estructural debe ser considerado como un miembro de un grupo en situación de vulnerabilidad (Reglas de Brasilia, punto N° 7). Razón por la cual el Estado está obligado a establecer las condiciones necesarias que propendan a la garantía de sus derechos, con singular énfasis en el acceso a la justicia como garantía de operatividad directa.

2. Desmanicomialización.

Un punto fundamental de la normativa en cuestión es la designación que hace el discurso jurídico sobre la modalidad de atención hacia las personas con padecimientos mentales, en cuanto establece el pasaje del abordaje en instituciones monovalentes (manicomios) hacia instituciones polivalentes (hospitales o clínicas generales). Hay que tener en cuenta que *“la institucionalidad es desde siempre una mediación espesa de intereses y poderes contrapuestos, que ha afectado, y sigue afectando, especialmente la regulación de los discursos que, de parte del Estado, buscan dar*

estabilidad al orden constituido y de parte de los ciudadanos –mayorías y minorías- buscan defender sus derechos y hacerse reconocer, esto es reconstituir permanentemente lo social” (Barbero;1998: 18).

Asimismo deviene necesario destacar que la Ley no establece “cómo se tiene que atender a una persona”, sino que decide dónde debe darse dicha atención, cuya regulación quedará en manos de las jurisdicciones locales y, especialmente, en los/as profesionales de la salud; sin embargo, el abordaje en instituciones generales responde a la necesidad del Estado Argentino de adecuarse a los estándares de derechos humanos, por lo que la modificación establecida resulta un imperativo legal y social.

La atención en hospitales y clínicas generales debe ser entendida como una consecuencia directa del derecho humano a la dignidad, y particularmente en el caso que nos ocupa, del trato digno en cuanto usuarios/as de servicios de salud; por su parte, este modelo de abordaje es una forma de garantizar el acceso sin discriminación al derecho humano a la salud. en este contexto, la Ley 26.657 y su decreto reglamentario establecen un plan de acción que prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación

monovalentes tanto en el ámbito público como privado e impone que los existentes deben adecuar sus objetivos y principios a la nueva normativa.

La desmanicomialización es entendida como la ruptura con el sistema de abordaje e internaciones en instituciones monovalentes, el cual responde a un modelo asilar de aislamiento y exclusión. No puede dejar de mencionarse que toda institución que no permita el egreso libre de las personas que lo habitan y que se halle alejado de los centros comunitarios podría convertirse en un centro privilegiado para el abuso de los derechos de las personas usuarias. Definía Goffman este tipo de instituciones como “instituciones totales”, donde “todos los aspectos de la vida se desarrollan en un mismo lugar, se rompen las barreras que separan los distintos ámbitos (dormir, jugar, trabajar) y todos se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única (...) Se eliminan todos los anteriores roles del sujeto” (Goffman; 19 y 28).

La atención en centros manicomiales, así sean públicos o privados, ha acarreado distintas consecuencias, siempre negativas, para el abordaje terapéutico de las personas con padecimiento

mental. Dicha concepción ha respondido a un criterio en el cual las personas con padecimientos mentales eran consideradas “peligrosas”, por lo cual su aislamiento resultaba necesario para la sociedad. De esta manera, podría procederse a su atención resguardando la seguridad de “la sociedad”. Así, *“El manicomio, loquero u hospicio es una institución medieval, que persiste hasta estos días, creada con fines aislacionistas y segregativos. Históricamente, su función fue instalar en la sociedad la presencia de un lugar de exclusión para los que no cumplían con la normativa social, siendo marginados (...)”* (Sampayo;2005: 5).

Siguiendo este criterio y con un claro objetivo de aislamiento de las personas usuarias – especialmente aquellas que requieren internación-, los hospitales monovalentes han sido erigidos en puntos alejados y relegados de los centros comunitarios, lo que acarrea, por un lado, la inaccesibilidad de muchas personas que puedan necesitar dicho servicio, especialmente aquellas que no cuentan con recursos económicos para trasladarse. La dificultad en el acceso se traslada también a las familias, que ven sumamente obstaculizado su desplazamiento hacia dichos

centros sanitarios para acompañar a sus familiares en un momento tan delicado.

Aun así, la consecuencia más gravosa que acarrea la atención en centros monovalentes es la inevitable estigmatización de las personas usuarias. En este sentido es necesario destacar que la característica totalizante de este tipo de instituciones *“implica que las personas que ingresan allí renuncian a su anterior vida, penetran en un mundo con sus propias normas, con una cultura propia que el recién llegado debe internalizar al tiempo que se desaprende de la anterior. Pierde sus lazos afectivos y con ellos su identidad y sus derechos. El fin último del manicomio, su razón de ser, no es sólo la cura, sino también el control...”* (Sampayo;2005: 5).

No solo se desconoce aquello que sucede en las instituciones cerradas, sino que las mismas son alejadas de la sociedad y mantenidas ocultas, lo que promueve un sinfín de mitos y creencias sobre aquello que sucede allí dentro, incluyendo en dicha creencia tanto a las personas internadas como a los/as profesionales de la salud.

Así, el imaginario social desglosa la salud mental de la salud –a secas- y le otorga un espacio, físico, urbanístico, teórico y mítico distinto al asignado a la salud; concordantemente, el derecho ha designado y dotado de un sentido diverso a la salud mental, consecuencia directa de la función del imaginario social, que dará legitimidad a la concepción manicomial de la atención de personas con padecimiento psicosocial.

Por el contrario, la atención en hospitales polivalentes ubicados urbanísticamente en cada uno de los centros programáticos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires lleva consigo la atención primaria, cercana y accesible a las personas con algún tipo de padecimiento psicosocial, removiendo obstáculos en el alcance del derecho humano a la salud. Al mismo tiempo, busca la inclusión social de un grupo históricamente excluido, en el intento de erradicar la discriminación que, hoy en día, subyace en nuestra sociedad. La internación y la atención comunitarias hacen visible a este sector de la sociedad, que hasta el momento de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, se encontraba aislado, relegado, olvidado y sobre todo desprotegido y estigmatizado. Y al mismo momento, integran

socialmente a los/as profesionales de la salud mental, quienes también se ven afectados/as por la exclusión social a causa de la especialidad.

Referirse a la manicomialización implica hablar de “un proceso de captura, de aspiración hacia el agujero negro de la locura, en cuyo abismo caen no solo los pacientes sino también los terapeutas, apresados por una ideología que se refleja principalmente en los diversos procedimientos de reclusión, represión y control sobre lo caótico”. (Kesselman: 1993).

En concordancia con ello, la Ley 26.657 impone la creación y promoción de dispositivos ambulatorios de atención, con el fin de evitar la exclusión social actual e incentivar, en contrapartida, la inclusión. Para ello, el art. 11 de la citada normativa expresa que *“La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias;*

servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas”.

3. Interdisciplina.

A lo expuesto debe sumarse la interdisciplinariedad como base fundamental de los tratamientos. Este modelo se encuentra en los artículos 8 y 15 de la normativa en cuestión; en este sentido, el art. 8 establece que *“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.*

A través de la exigencia de un abordaje interdisciplinario la ley es consecuente con la definición de salud mental que otorga al inicio. En este sentido, si la salud mental debe ser comprendida como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art 3, Ley 26.657), entonces, el abordaje de dicho campo tan complejo no podría ser unidireccional, sino que requiere indefectiblemente del trabajo mancomunado de distintas aristas.

En esta misma línea de pensamiento, y entendiendo la salud mental como un conjunto de componentes diversos sin que predominen unos sobre otros, la ley intenta romper con la hegemonía psiquiátrica sobre los otros discursos disciplinares, poniendo en pie de igualdad a todos los campos de salud mental para abordar los padecimientos de las personas. Claramente, ello dependerá, también, de cada persona en particular.

La Ley Nacional de Salud Mental viene a dar luz y a establecer un nuevo paradigma por lo que, entonces, deviene necesario averiguar si el mismo puede reconocerse en la práctica social.

a) Las internaciones involuntarias.

La internación involuntaria es la gran excepción a la regla esgrimida, en tanto se constituye como una práctica contraria al respeto por la autonomía personal y al consentimiento de la persona con padecimiento, razón por la cual solo podrá ser utilizada como último recurso en cuanto se configuren las circunstancias por ley establecidas.

Así es que su Art.14 prescribe: *“La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas*

debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.”

El nuevo estándar recepta sendas garantías -ya establecidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el fallo “*Ximenez Lopez*”- para las internaciones involuntarias, entendiéndolas como verdaderas privaciones de libertad. Por ello es que hablamos de una ley de derechos humanos en un sentido mucho más abracante que el derecho a la salud.

Así, la Ley Nacional de Salud Mental recepta los preceptos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y la jurisprudencia de nuestro Máximo Tribunal en cuanto determina que las internaciones involuntarias representan una verdadera detención razón por la cual deviene necesario respetar las garantías procedimentales que toda persona privada legalmente de su libertad debe contar.

Así la internación involuntaria, figura ampliamente utilizada bajo el esquema tutelar, se encuentra restringida y asimilada a la situación de las personas detenidas en las unidades penitenciarias. Sin embargo, como apunta Laufer

(Laufer: 2009), este enfoque no es algo nuevo en nuestros tribunales. Pues ya nuestra Corte Suprema de Justicia de la Nación tiene dicho desde hace más de 90 años, en el caso “Duba de Moracich” de 1923, que estas internaciones involuntarias comportan una privación de la libertad sujeta a todas las garantías y controles que para estos supuestos fije el ordenamiento. No obstante ello, y aquí surge lo opaco del discurso del derecho, este precedente no supo hacerse carne en la práctica cotidiana, donde imperó la regla de la decisión arbitraria sin control judicial suficiente sobre la legalidad, proporcionalidad y razonabilidad de la medida.

No se puede perder de vista que la internación involuntaria de una persona constituye uno de los excepcionales supuestos en los cuales se encuentra prevista la privación de la libertad como una medida legitimada; empero, y como tal, debe guardarse para su realización el mayor de los recaudos e interpretarse de forma sumamente restrictiva: en caso de que exista otra posibilidad de tratamiento, debe ajustarse a esta última, puesto que siempre será aquella menos restrictiva.

En este sentido se ha expresado la máxima jurisprudencia, y ha sostenido nuestro máximo tribunal en los autos: “R., M. J. s/ insania” que: “Se debe tener en cuenta que, en la práctica, más allá de que la medida de internamiento posea un carácter terapéutico, se lleva a cabo una auténtica privación de libertad de la persona. Por ello, tal como lo establecen los Principios de Salud Mental de las Naciones Unidas de 1991, el internamiento involuntario sólo debe tener un carácter excepcional (...) Que los derechos a la libertad y a la seguridad personales deben resultar compatibles con los principios de razonabilidad, previsibilidad y proporcionalidad. En ese sentido, tanto el art. 7, inc. 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos como el art. 9, inc. 1° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, parten de establecer, como principio general, el derecho de toda persona a la libertad y a la seguridad. La privación de libertad constituye, de tal suerte, sólo una excepción contemplada en dichas normas bajo el estricto cumplimiento de ciertos requisitos; éstos son, legalidad y no arbitrariedad. Conforme el primero de ellos, la privación de libertad debe encuadrar en las causas, casos o circunstancias expresamente tipificadas en la ley (aspecto material) y, por otro

lado, debe practicarse con estricta sujeción a los procedimientos objetivamente definidos por aquella (aspecto formal) (art. 7, inc. 2° Convención Americana sobre Derechos Humanos; art. 9, inc. 1° Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos).” (El subrayado es propio).

La Ley formaliza la necesidad de fundamentar la determinación de toda internación involuntaria como así también su debido control judicial inmediato y constante; por su parte, a fin de garantizar el control periódico e inmediato y en el entendimiento de que se trata de una forma de privación de libertad prevista en el discurso jurídico, no solo deja este tipo de modalidad de abordaje bajo el control judicial sino que también impone el ejercicio de una defensa por parte de un/a abogado/a que garantice el acceso a la justicia de todas las personas internadas por motivos de salud mental de manera involuntaria.

V. Entrevistas a los/as operadores de la salud mental: psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales y abogados/as integrantes del Poder Judicial de la Nación y de la Defensoría General de la Nación.

A. Entrevistas a los/as profesionales de las instituciones de salud.

A los fines de conocer sobre la aplicación de la (no tan) nueva ley de salud mental en la CABA y sus principios, como así también de sus ventajas, desventajas y cuestiones que deberían ser revisadas se efectuaron entrevistas a los distintos actores, hospitales públicos (monovalentes y polivalentes), clínicas privadas de salud mental, juzgados nacionales en lo civil con competencia en familia y abogados/as defensores/as de acuerdo al artículo 22 de la Ley 26.657, centrándonos en los puntos neurálgicos de la normativa, analizados en el punto anterior. Se recogieron datos y percepciones por parte de los/as profesionales, en relación al trabajo diario y los recursos proporcionados desde el Estado para hacer posible la aplicación de la ley.

Analizaremos en primer lugar las respuestas brindadas por los/as profesionales de la salud de hospitales públicos (monovalentes y polivalentes) y clínicas privadas. En este campo, un punto de especial interés devino en el trabajo interdisciplinario y las internaciones involuntarias. En relación a ello, todos/as los/as profesionales que trabajan en clínicas privadas destacaron la evidente hegemonía médica psiquiátrica: así, todos/as los/as entrevistados/as mencionaron que la entrevista de admisión –es decir, aquella al inicio donde se conoce a la persona usuaria y se decide el abordaje terapéutico a brindar, verbigracia, internación o ambulatorio- solamente es abordada por un profesional de la psiquiatría, y es éste quien decide la internación bajo su exclusivo criterio. Esta forma de proceder colisiona con lo establecido en los artículos 15, 8 y 20 de la Ley Nacional de Salud Mental que específicamente requiere un abordaje interdisciplinario y exige que la decisión de internación se base en criterios de esta índole.

Por el contrario, esta situación no sucede en los casos de los hospitales públicos, ya que todos/as los/as entrevistados/as coincidieron en que se realiza una evaluación interdisciplinaria

mayormente entre un/a psicólogo/a y un/a psiquiatra, y luego de ello se decide el modo en que se va a realizar el tratamiento.

En relación al abordaje interdisciplinario durante la internación, las respuestas fueron variadas. Así, si bien todos/as los/as entrevistados/as conocían la exigencia legal de la interdisciplina, lo cierto es que las respuestas fueron dispares en atención al cumplimiento de la normativa: algunos/as profesionales de clínicas privadas afirmaron que el tratamiento estaba a cargo de un/a psiquiatra y un/a psicólogo/a, mientras que en otras ocasiones expresaron que solamente estaba a cargo de un/a psiquiatra. Preguntados/as acerca de cómo cumplían con la exigencia legal, se ha llegado responder que algún/a profesional externo a la medicina, cual podría ser un/a enfermero/a o un/a psicólogo, podría firmar los informes exigidos por ley.

Por su parte, en los hospitales públicos la respuesta fue variada, especialmente en atención al carácter de la institución. Así, en los hospitales polivalentes las respuestas fueron unánimes en cuanto a que el abordaje terapéutico era

desarrollado por un equipo interdisciplinario que contenía, como mínimo, psicólogos/as, psiquiatras y trabajadores/as sociales. Se denotaba una fuerte presencia de todas las áreas de conocimiento sin predominancia de una sobre otra; sin embargo, en los hospitales públicos monovalentes fue muy distinto. Así, el abordaje interdisciplinario depende rotundamente del servicio del hospital donde el/la usuario/a realice el tratamiento. De esta manera, se ha informado que hay servicios de salud mental en hospitales monovalentes que no cuentan con más de un/a psiquiatra para la atención de todas las personas internadas; en otros casos, hay más de uno/a pero no hay profesionales de otras disciplinas. Ello no solamente atentaría contra el principio de interdisciplina previsto en la ley sino que, a su vez, da cuenta de la escasez de profesionales para brindar una adecuada atención. Si bien es verdad que los hospitales monovalentes cuentan con un servicio social compuesto por trabajadores/as sociales, lo cierto es que en algunos servicios no se trabaja de manera conjunta con ellos/as. Finalmente, se ha puesto en conocimiento de la existencia de servicios en los hospitales monovalentes que cuentan con profesionales de distintas disciplinas, donde se encuentra

psicólogos/as, psiquiatras y trabajadores/as sociales.

En relación al rol que desempeñan los familiares de los/as usuarios/as en el tratamiento de las personas con padecimiento mental y si su ausencia complejiza la atención sanitaria, tanto los profesionales de clínicas privadas como de hospitales públicos coincidieron en que la red de contención familiar y/o afectiva es sumamente importante ya que los/as usuarios/as sin familia o familia continente complejiza la situación y, en la gran mayoría de los casos, prolonga la internación.

Uno de los profesionales resaltó que en el hospital donde trabaja entienden primordial el rol de la familia, se atiende a la familia de los pacientes y hay multifamiliares y grupos terapéuticos. “Si el paciente no tiene familia hay más problemas porque cuando la familia está dentro del tratamiento el paciente mejora”.

Asimismo se resaltó en esta pregunta que hay veces que la familia está más alterada que el/la mismo/a usuario/a y que si no se trata es muy difícil la mejora del cuadro de este último. Aún así,

consultados/as respecto del régimen de visitas y llamadas, los/as profesionales de clínicas privadas mencionaron que los horarios de visitas y llamadas son restrictivos, relegándose al fin de semana sumado a algunas pocas horas más, mientras que el acompañamiento familiar en las instituciones públicas, conforme las respuestas ofrecidas, es constante, llegando en varios casos a dormir con las personas internadas.

Todos/as los/as entrevistados/as coincidieron en que se interna para evitar el daño para el sujeto o para terceros, es decir por una cuestión de riesgo. La internación se utiliza para momentos de crisis, donde se necesita sacar al usuario de ese lugar y darle otro ambiente, sacarlo de la coyuntura en la que esta, ver qué detonó la crisis. Asimismo se hace un diagnóstico, se intenta mejorar el cuadro y evitar que empeore. “Se utiliza para estabilizar al paciente”. También se respondió positivamente a la posibilidad de un tratamiento en donde la internación sea la excepción o bien tenga un carácter limitado a un número restringido de casos. Manifestaron que si bien depende del caso concreto, el recurso de la internación se utiliza cuando los otros recursos no alcanzan. Asimismo se

resaltó que siempre que cuente con familia que lo contenga se intenta que el tratamiento sea ambulatorio. Los/las profesionales entrevistados/as entienden a la internación como último recurso pero consideran que en momentos de gran desestabilización es un recurso muy bueno. Por último, uno de los entrevistados, de profesión psicólogo, señaló que la internación debe ser siempre la última opción porque sus efectos prolongados pueden ser contraproducentes para el tratamiento.

Uno/a de los/as entrevistados/as (profesional de una clínica privada) manifestó que la internación es una práctica que habitualmente se emplea por el miedo a la responsabilidad que se podría producir si la persona no es internada y luego, como consecuencia de su patología, se sucediera alguna situación dañina para la persona. Más allá de lo antedicho, todos/as los/as profesionales/as entrevistados/as expresaron que existe en las instituciones donde se desempeñan (públicas y privadas) personas con internaciones muy prolongadas, llegando a superar el año de internación, y tanto los/as profesionales de instituciones privadas como de públicos

monovalentes refirieron que hay personas usuarias del servicio de salud que viven en la clínica u hospital. De esta manera se manifestó en las entrevistas lo que los/as entrevistados/as entienden como un claro problema social, coincidiendo en que “si el paciente no tiene contención afuera es imposible que no se descompense una vez externado, por lo que en la gran mayoría de los casos la internación prolongada funciona como vía de evitar el completo desamparo de la persona”. La Ley 26.657 especialmente prevé situaciones como la descrita y establece que . dicha función debe ser llevada a cabo de manera conjunta entre la institución de salud –a través de la búsqueda posible de recursos- como así también el/la juez/a que controla la internación, cuyo objeto es, entre otros, que la misma no se prolongue más allá de lo estrictamente necesario por la problemática de salud.

Cabe destacar que uno de los entrevistados (psiquiatra, de clínica privada), sostuvo que restringir la internación desnaturaliza el tratamiento y pone en riesgo la vida de la persona.

En referencia a la aplicación concreta de la Ley y sus exigencias formales para los casos de las internaciones involuntarias, en todos los casos se destaca un completo desconocimiento al procedimiento fijado por la Ley Nacional de Salud Mental. Al preguntarle a los profesionales de los hospitales públicos, todos estaban al tanto de que se debía informar al juez y que existen plazos que cumplir en caso de internaciones involuntarias, pero sin tener claro dónde remitir dichos informes. Los/as profesionales de hospitales polivalentes mostraron saber que para que sea posible justificar la internación siempre deben firmar un médico o un psicólogo sí o sí y otro profesional; empero, ello no quedaba del todo claro en los/as profesionales de hospitales públicos monovalentes y clínicas privadas, que mostraron dudas al respecto. Asimismo refirieron que deben presentar informes cuando la modalidad de la internación es involuntaria y resaltaron que acuden abogados de las defensorías que preguntan por la situación de cada *paciente*.

Tal como aseverábamos en la primera parte del trabajo, uno de los puntos nodales de la legislación en cuestión versa sobre el paso de la

atención a personas con padecimientos mentales en hospitales monovalentes hacia hospitales polivalentes. Fue así que se dialogó a los/as entrevistados/as respecto de esta temática.

Aquí, todos/as los/as profesionales entrevistados/as que desempeñan funciones en instituciones monovalentes, tanto públicas como privadas, señalaron que dichas instituciones son esenciales para el trabajo de las patologías severas dada su fuerte contención a los pacientes –término utilizado por los/las entrevistados. Todo un signo de la fuerte presencia que aun hoy posee el dispositivo médico en la articulación discursiva.

El personal con formación de base en psiquiatría se manifestó ampliamente en contra del cierre de los hospitales monovalentes, sosteniendo que de esta forma se desatiende la especialidad de la patología y, por lo tanto, se complicaría la evolución del tratamiento. Un psiquiatra en particular, que trabaja en un hospital público, expresó la necesidad de conservar los monovalentes ya que, según su opinión, deben existir instituciones especiales de salud mental, porque son centros de referencia y tiene que ver también

con el desarrollo académico de los profesionales. Si bien no expresó disconformidad con relación a los polivalentes, manifestó que los servicios de salud mental, particularmente la internación, necesita de profesionales especializados.

Todos/as los/as profesionales entrevistados/as señalaron, también, que muchas veces “el monovalente” con internación prolongada es necesario para evitar que la gente quede desamparada, y que superado el cuadro que originó la internación, “quede en la calle”, lo que pondría en relieve la necesidad de continuar con la internación por cuestiones sociales.

Respecto a la existencia de dispositivos ambulatorios tales como casas de medio camino, hospitales de día, de noche y demás mecanismos alternativos referidos en el artículo 11 de la Ley 26.657, todos/as los/as entrevistados/as coincidieron en que no existían o eran extremadamente escasos: “que no hay dispositivos” y que “ese es un gran problema a la hora de derivar u otorgar altas de internación”. Asimismo, todos/as consideraron que, de existir, serían de gran utilidad.

A diferencia de lo expuesto anteriormente, tres psicólogos/as que se desempeñan en instituciones polivalentes refirieron que el paso a los hospitales polivalentes es positivo en la medida que facilita la vinculación de los pacientes con su familia y el mundo exterior, situación que se complejiza por las lejanías del centro monovalente. De esta forma se pueden ofrecer tratamientos más cercanos a los domicilios, barrios y familias e incluir al entorno social en dichos tratamientos de manera más activa. Por otro lado, señalaron que de esta forma se logra dar fuerza a la interdisciplina; uno/a de los/as entrevistados/as agregó que la experiencia de abordar la salud mental en polivalentes ya existe con éxito hace años.

En cuanto a la inserción social de las personas con padecimientos mentales, todos/as coincidieron en que es factible si se fomenta el estímulo y se particulariza la atención, lo cual requiere de mayor presupuesto dedicado a la contratación de profesionales de distintas disciplinas. Por su parte, también, se destacó que la misma depende de la patología de los/as pacientes y se complejiza por el estigma y el prejuicio que existe alrededor de los problemas de salud mental por

parte de la sociedad. Uno/a de los/as entrevistados/as resaltó que se necesita fomentar la inserción pero no en la producción de capital, sino que lo que hace falta son lugares de esparcimiento, de arte, y no exclusivamente centros relacionados con la producción o la inserción laboral forzada. En este sentido, algunos/as de los/as profesionales entrevistados/as expresaron que la ausencia de espacios destinados a personas con algún tipo de padecimiento mental podría significar un “peligro” para el paciente: el paciente en su mayoría es peligroso para sí” por no contar con espacios de contención.

La Ley 26.657 define las adicciones como problemáticas de salud mental; como consecuencia directa de ello, las incluye en el abordaje diseñado en la normativa de mención. Es por ello que se preguntó a los/as entrevistados/as cómo es el abordaje hacia las personas que recurren al sistema de salud por problemática de abuso de sustancias estupefacientes o alcohol y cómo se decide, en esos casos, cuándo sería necesaria la modalidad de internación. En relación a ello todos/as los/as entrevistados/as coincidieron en que en estos casos las internaciones son necesarias para desintoxicar a

la persona que concurre en un estado de riesgo, pero que luego de ello no se justifican las internaciones prolongadas. Todos/as coincidieron en que el encierro no es favorable para el abordaje con éxito de las adicciones. Manifestaron que se observa, en muchos casos, personas con patologías “tradicionales” de salud mental y con problemas de adicciones.

Muchos/as de los/as entrevistados/as resaltaron que hay instituciones donde se aborda de manera diferenciada los casos de adicciones, pero, se insiste, todos/as coincidieron en que es un problema de salud mental y debe ser tratado como tal.

Finalmente, al ser preguntados/as respecto de las ventajas y desventajas de la Ley Nacional de Salud Mental al momento de trabajar, se suscitaron varias cuestiones. En primer lugar, todos/as los/as entrevistados/as coincidieron en que no hay casas de medio camino, viviendas asistidas: que “no hay contención”. Se menciona que hay personas que quedan internadas y no se les otorga el alta institucional de la internación, ya que “afuera van a estar peor ya que no existen dispositivos por fuera

de la internación. No hay dónde derivar”. “No se hizo nada y eso tiene que ver con decisiones políticas. Hay muchos problemas en las derivaciones y con la externación por la falta de dispositivos intermedios”.

En relación a los distintos roles como profesionales, algunos/as psiquiatras entrevistados/as manifestaron que la ley *arrasa* con el rol del/ de la médico/a que “vela por la salud del paciente”, “dejándolo a la deriva”, por lo que “complejiza el trabajo y deja desprotegido al paciente porque están con el juicio desviado y no pueden saber qué es lo mejor en determinados momentos”. El/la médico/a “debe ser un/a protector/a que ya no existe”. Se expresó, también, que si bien los equipos interdisciplinarios funcionan, en algunos casos se entremezclan funciones y roles, lo que no ayuda. También entienden que debería siempre haber al menos un médico para decidir la internación.

En otro orden de ideas, otros/as psiquiatras entienden que es bueno el compartir la responsabilidad y que ya no sean solo ellos quienes decidan y “pongan su firma” a la hora de internar.

En un sentido distinto, varios/as de los/as psicólogos/as manifestaron que la ley les dio un rol importante que antes no tenían.

Por otro lado, se resaltó también la existencia desde la ley del cuerpo de abogados defensores, manifestándose buena relación y que hay situaciones en las que trabajan en conjunto para lograr mejoras en las personas internadas.

B. Entrevistas a los jueces/zas nacionales en lo civil.

Conforme art. 20 y subsiguientes de la Ley 26.657, los Juzgados deben ejercer un control sobre todas las internaciones involuntarias y sobre las internaciones voluntarias prolongadas por motivos de salud mental. Esto era así aún con anterioridad a la Ley 26.657. Es por ello que se procedió a entrevistar a los/as operadores/as de dichos juzgados.

De las entrevistas mantenidas ha llamado la atención que todos/as los operadores/as mencionaron una mala comunicación con los equipos de salud. Al respecto, señalaron que los informes remitidos “no son buenos”: que son

incompletos y que incluso no se adaptan a los estándares establecidos por la legislación. Que no se respetan los tiempos legales y que no cumplen las funciones que la ley exige, esto es, justificar el porqué de la internación. También afirmaron que en muchos de los casos no son firmados por un equipo interdisciplinario y se trata de formularios preestablecidos. Se consultó, entonces, sobre el cumplimiento de los plazos y exigencias de la ley en relación a los organismos de salud respondiendo todos los entrevistados que el órgano revisor velaba por ello pero que mayormente no se cumplían y que también tenía que ver con la cantidad de pacientes (usuarios del servicio de salud mental).

Todos/as los/as entrevistados/as expresaron que si bien la Ley 26.657 exige controles periódicos sobre los procesos de capacidad jurídica, ello ya sucedía aún con anterioridad a la entrada e vigencia de dicha legislación.

En relación a las dificultades para externar a una persona internada, todos/as coincidieron en que tienen poca información al respecto, dado que ello es función primaria del equipo interdisciplinario tratante. Que en muy pocos casos se han efectuado

externaciones judiciales y que en los mismos se realizaron sin mayor dificultad.

Respecto a la duración de las internaciones, se coincidió en que desde la sanción de la Ley de Salud Mental duran menos que antes, y que resulta una pieza fundamental para ello el cuerpo de letrados de la Defensoría General de la Nación que interviene para eso. Asimismo, se resaltó que muchos de los casos de internaciones prolongadas se deben a problemas de índole social.

Respecto a las adicciones, todos/as resaltaron que se controlan más las internaciones por motivos de adicción, pero que muchas veces esto dificulta aún más el tratamiento porque “hay que externarlos si lo solicitan y hay veces que necesitan continuar con el tratamiento cosa que no hacen por fuera de la internación”.

En los comentarios que efectuaron los entrevistados respecto a la temática, se resaltó la falta de estadísticas, la necesidad de proceder a la externación cuando la persona internada no se encuentra en una situación de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros/as, pero la persona

aún no está “recuperada”. Aquí muchos/as entrevistados/as mencionan un vacío legal existente en torno a las internaciones voluntarias y “el tema de lo social” que no se logra resolver y que no se tiene en cuenta en la Ley.

C. Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación.

Se procedió también a la entrevista de distintos/as abogados/as defensores de la Defensoría General de la Nación, quienes tienen a su cargo el ejercicio de la defensa técnica de las personas internadas de manera involuntaria por motivos de salud mental. Debemos tener presente que el art. 22 de la Ley 26.657 establece que “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.”, y el Decreto Reglamentario 603/13 regula que “La responsabilidad de garantizar el acceso a un

abogado es de cada jurisdicción. La actuación del defensor público será gratuita.

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

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

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

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

El juez debe garantizar que no existan conflictos de intereses entre la persona internada y su abogado, debiendo requerir la designación de un nuevo defensor si fuese necesario.”. Finalmente, y en concordancia con dichas normas, el art 47 de la Ley Orgánica del Ministerio Público de la Defensa, Ley 27.149 afirma: “*Personas internadas en forma involuntaria por motivos de salud mental.* Los integrantes del Ministerio Público de la Defensa que determine el Defensor General de la Nación deben ejercer la asistencia técnica de las personas involuntariamente internadas por motivos de salud mental, de acuerdo a la normativa específica y la que surge de la naturaleza de la función. Tienen los siguientes deberes y atribuciones:

a) Actuar conforme a las garantías de procedimiento y a los estándares de derechos humanos relativos a las personas internadas involuntariamente por motivos de salud mental.

b) Ejercer la función conforme a las garantías de procedimiento y a los estándares de derechos humanos relativos a los niños, niñas y adolescentes, o las personas con discapacidad, si así

correspondiere.

c) Respetar, en el ejercicio de la defensa, la autonomía personal, la voluntad, los deseos y preferencias de la persona internada en forma involuntaria por motivos de salud mental y realizar presentaciones judiciales o extrajudiciales, pudiendo, entre otras tareas, oponerse a la internación, solicitar la externación, requerir mejoras en las condiciones de internación y tratamiento y acceder a las actuaciones judiciales en todo momento.

d) En aquellas situaciones en que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, se debe procurar que las condiciones generales de la internación respeten las garantías mínimas exigidas por la legislación específica de salud mental, así como las directivas anticipadas que pudieran existir.

e) Mantener contacto con la persona asistida en cualquier momento, en los establecimientos públicos y privados donde se desarrolla su internación, por sí o a través de integrantes del Ministerio Público de la Defensa, manteniendo

entrevistas en ámbitos de confidencialidad y privacidad.

f) Ingresar a los establecimientos públicos y privados donde se desarrollen las internaciones, sin necesidad de autorización previa por parte de los efectores de salud ni de ninguna otra autoridad, incluido el acceso a toda documentación relativa a la persona defendida que obre en poder de las instituciones.

g) Brindar información a sus asistidos respecto de su función, datos personales y el estado del proceso.

h) Contar con el apoyo del equipo interdisciplinario necesario para brindar defensa técnica especializada.

i) Realizar los informes de gestión que les sean requeridos por la Defensoría General de la Nación.”.

En este contexto, por Resoluciones DGN 551/11 y 841/11 la Defensora General de la Nación dio creación a la Unidad de Letrados Art. 22 Ley 26.657, conformado por un abogado coordinador, 11 abogados/as y 9 profesionales de la salud mental

(trabajadores/as sociales, psicólogos/as y psiquiatras) que brindan apoyo y asesoramiento técnico a los/as letrados/as.

En el marco descripto, los/s abogados/relataron que su función tiene como objetivo comprender la voluntad de la persona internada y arbitrar los medios para que dicha voluntad pueda resultar satisfecha en la mayor medida posible. Así, se ha explicado que la ley 26.657 presume la capacidad jurídica de las personas, y como consecuencia de ello, reconoce el derecho a la autodeterminación del plan de vida y, en el ámbito que nos ocupa, el derecho a decidir respecto de los tratamientos a seguir en cuanto a las problemáticas de salud. En este sentido, la internación involuntaria viene a ser una de las excepciones más fuertes al criterio consagrado por el derecho internacional y la ley 26.657: de ahí se colige el inversamente proporcional deber de control del Estado, y de ahí, también, la obligación de medios de los/as abogados/de defensores de intentar que, en un contexto de involuntariedad, la voluntad de la persona sea oída y aceptada en la mayor medida posible, a la vez que requerir las periódicas revisiones de toda medida contraria a ella. Por otro

lado, explican que dado el carácter de funcionarios/as públicos/as y conforme facultades establecidas por la Constitución Nacional y la Ley 27.149, deben velar por el cumplimiento de los derechos humanos de las personas defendidas.

Es así que, en el marco de dichas funciones, los/as letrados/as concurren a las instituciones de salud mental periódicamente, a fin de entrevistarse con sus defendidos/as en un lapso de 3 días de notificada la internación y con una periodicidad aproximada de 1 vez cada 10 días: ello permite conocer desde un primer momento cuál es la voluntad de la persona internada y sus necesidades actualizadas; a su vez, permite observar si las sugerencias indicadas fueron tomadas en cuenta por el equipo tratante.

Dentro de las funciones, y siempre y cuando las circunstancias lo permitan, los/as abogados/as defensores/as se entrevistan con la persona defendida, con el equipo tratante, con los/as directivos/as de las instituciones y con la familia del/ de la asistido/a.

Preguntados/as respecto de los cambios que ha traído la ley, todos/as los/as abogados/as fueron contestes en aclarar que han notado muchos cambios desde que la creación de la Unidad de Letrados. Así, si bien en un primer momento la relación con los/as profesionales hubo sido difícil, posteriormente se ha llegado a mayores grados de consenso en distintas instituciones tanto públicas como privadas. De esta manera, si bien en un primer momento hubo sido notado mayores restricciones en el marco de la internación (como restricciones de visitas, llamadas, o incluso el uso de contenciones físicas), las mismas han disminuido en el transcurso de estos pocos años de trabajo continuo. Uno/a de los/as abogados/as aclaró que, si bien no puede generalizarse, este tipo de restricciones suele darse mayormente en instituciones privadas, siendo que en las públicas no suele encontrarse restricciones de visitas y llamadas, y se ha visto menores cantidades de contenciones físicas.

Sin embargo, el mayor problema relatado se debe a la falta de adecuación de las políticas públicas en materia de salud mental a lo establecido por la Ley, específicamente en cuanto a la

desmanicomialización y la atención de internación de las personas con padecimiento mental en los hospitales generales. A la fecha, solamente 2 hospitales públicos generales cuentan con salas de internación para hombres y mujeres, y uno más cuenta con sala de internación para hombres, por lo que el 90% -aproximadamente- de las internaciones públicas se da en hospitales y monovalentes. Esto acarrea, en primer lugar, que cuando llega una persona a la guardia de un hospital público deba permanecer en dicho servicio por el lapso de días hasta que pueda obtener una “cama” en otro hospital, generalmente monovalente, quedando así sin un seguimiento de un equipo, sin un abordaje continuado y muchas veces en condiciones muy poco dignas (hay hospitales generales que no tienen camas en las guardias y las personas deben dormir en camillas, en algunos casos, de material de metal).

El problema continúa en ocasión del traslado: es que, textual de un entrevistado, “el SAME no deriva a las personas (al menos a las que nosotros/as defendemos) si no se encuentra presente un familiar, por lo que las personas sin familia ven muy dificultoso poder ser trasladadas a

otra institución, y quienes sí cuentan con familia presente, las mismas deben quedarse las 24 horas acompañando al familiar; en la gran mayoría de los casos pasando la noche en una silla”.

Tras ello, en la gran mayoría de los casos se resuelve el traslado a un hospital monovalente, lejano a la residencia de la persona internada, dificultando las visitas en virtud del tiempo y del dinero que se requieren para ello. Posteriormente, cuando la persona se encuentra en condiciones de contar con permisos de salida, hay muy pocos los lugares habitables a donde concurrir, y ven obstaculizado visitar a los familiares en sus casas dado que, en ocasiones, los permisos son de horas, y esas horas deberían ser utilizadas solamente en los trayectos de ida y vuelta.

En cuanto a la obligación de abordaje interdisciplinario en las problemáticas de salud mental, las respuestas variaron dependiendo de las instituciones; aún así, en la mayoría de los casos sigue primando la posición del/ de la psiquiatra sobre los distintos saberes, y el/la psiquiatra es quien toma las decisiones respecto del tratamiento. De hecho, han observado que en algunos servicios

de hospitales públicos y en algunas clínicas privadas el tratamiento solamente es abordado por un/a psiquiatra, sin contar siquiera con otra persona que intervenga de manera activa. En la gran mayoría de los casos las admisiones y las decisiones de internación son tomadas únicamente por un/a psiquiatra, en contraposición con lo establecido en el art. 20 de la Ley 26.657; más aún, las indicaciones de internación son signadas únicamente por psiquiatras en la gran mayoría de los casos. Uno/a de los abogados/as contó que, en ocasión de debatir esta situación con un director de una clínica privada, éste le contestó que el informe sería signado, también, por un/a psicólogo/a, por lo que de esta manera “se cumpliría la ley”. Por otro lado, un/a abogado/a comentó que en ocasión de celebrarse una audiencia con funcionarios del Ministerio de Salud de la CABA, estos expresaron que la interdisciplina no tenía mucho sentido, porque “finalmente sería agarrar el informe del psiquiatra y hacérselo firmar a un psicólogo”.

Otro de los problemas narrados fue la duración de las internaciones: se ha visto que en muchos casos se planean internaciones prolongadas, en contraposición con los objetivos que

fija la Ley Nacional de Salud Mental. Asimismo, se resaltó que muchas internaciones se prolongan por falta de dispositivos de externación, o por incumplimientos de las obras sociales, prepagas y del GCBA en cuanto al ofrecimiento de estos dispositivos. A preguntas de los/as investigadores/as, se respondió que en un número menor de casos, las trabas para la externación son puestas por las familias, pero se trata de un número no significativo. En la mayoría de los casos la dificultad de la externación se da por la falta de dispositivos de externación, como podrían serlo casas de medio camino, acompañantes terapéuticos, etc. Sin embargo, el nuevo marco normativo que reconoce sendos derechos de las personas con padecimiento mental habilita la exigencia judicial de los determinados recursos: en esta línea, los/as abogados/as dejaron de resalto que dichos dispositivos son requeridos en los controles de internación y que, a la fecha, las órdenes judiciales obligan a las obras sociales y prepagas a brindarlos; si bien en el caso del GCBA y el Ministerio de Salud de la Nación la respuesta puede demorarse aún más, finalmente son muchos los casos donde los recursos son conseguidos.

Es aquí donde uno/a de los/as abogados/as plantea la necesidad de entender la defensa en los términos del art. 22 de la Ley 26.657 en especial, y la defensa pública en general, como una forma de efectivo acceso a la justicia de grupos en situación de vulnerabilidad, que de otra manera, por el hecho de tener restringida su libertad ambulatoria y por la problemática de salud mental que atraviesa, difícilmente hubiese podido efectuar su reclamo ante el Poder Judicial, y menos aún de manera efectiva. De esta manera, los/as abogados/as cuentan que con el tiempo de creación de la Unidad de Letrados los/as jueces/zas se han acercado más a las problemáticas propias del grupo en cuestión.

En este orden, una queja generalizada por el cuerpo de letrados es que, en muchos casos, los tiempos judiciales no acompañan la urgencia de las situaciones planteadas y las necesidades de las personas internadas. En este sentido, la confección de escritos, cédulas, oficios y las mismas notificaciones puede hacer peligrar el éxito de un planteo. Preguntados/as que fueran por los/as investigadores/as, respondieron que en una gran mayoría de los casos no se debe a una desidia por parte de los jueces, sino que se relaciona más con

determinadas costumbres tribunalicias: quién hace los oficios, cómo se confeccionan las cédulas, que en determinados casos podrían dejarse de lado en pos de la urgencia: “cada día de internación de una persona que podría estar afuera, para ella es una eternidad”. Sin embargo, destacaron que la predisposición de los jueces y juezas ha venido en total aumento y, a la fecha, pueden contar con un nivel de actividad jurisdiccional mucho mayor en beneficio de las personas internadas. “En la actualidad contamos con un poder judicial que es más proclive a continuar la línea jurisprudencia de la Corte Suprema: hay mayor intención de actuación de oficio, de oír a las personas internadas y de no tomar como única posibilidad las indicaciones del equipo tratante, sino que las mismas deben ser controladas en el marco del expediente, justamente, de control de la internación”.

VI. Conclusiones.

A los efectos de poder valorar el resultado del trabajo, hemos necesitado un arduo debate interno. Es que los resultados son muy dispares y la perspectiva del análisis cobra, aquí, relevancia

trascendental. Sin embargo, ha primado la evaluación según la cual los resultados deben considerarse positivos. Pese a romper con toda lógica tradicional, daremos inicio al capítulo final de las conclusiones en orden al debate interno que se dio en el grupo de investigadores/as.

La Ley 26.657 impone una nueva forma de comprender y constituir la salud mental y su abordaje. Se trata de la imposición –como toda norma- de una modalidad de tratamiento respetuosa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, que, como dijimos, se fundamenta en la búsqueda de mayor autonomía de las personas, no ya como objetos de cuidado sino como sujetos de derecho.

En este contexto, impone un abordaje no estigmatizante, respetuoso de la voluntad y los deseos de las personas; comunitario, interdisciplinario, democrático y en un marco de garantías a fin de evitar el avasallamiento del Estado o de las instituciones privadas de salud. La ley remarca su nivel coactivo estableciendo su carácter de orden público.

Sin embargo, en contraposición con la imposición normativa, sus enunciados no encuentran correlato en la práctica social. Veremos cuáles son los fundamentos de tal enunciado.

1. Desmanicomialización.

Del trabajo de campo realizado se advierte que casi toda la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires internada por motivos de salud mental recibe atención en centros manicomiales, y no en hospitales generales; esto es así tanto en el sistema público como en el sistema privado.

- 1.a. El sistema público.

En el sistema público, los hospitales Moyano, Borda y Alvear brindan abordaje de internación para las personas con padecimiento mental, y solamente los hospitales Pirovano y Piñero poseen salas de salud mental; la primera de ellas, con poca capacidad de personas. También se cuenta con el hospital Álvarez, que posee sala de internación solamente para hombres. Los demás hospitales no cuentan con sala de internación.

El hecho de que los hospitales generales no cuenten con salas de internación habla de una falta de seguimiento de las políticas públicas a lo decidido por el Congreso de la Nación, en tanto y en cuanto ha sido el Poder Legislativo el que ha dado la línea directriz que fija el piso mínimo de derechos humanos que debe respetarse en el marco de la atención de internación a personas con padecimiento mental, y el cual establece, entre sus puntos nodales, la atención en hospitales generales.

En esta línea argumental, decimos que la atención en hospitales generales se condice con el respeto a los derechos humanos de las personas internadas, por distintos motivos. Por un lado, asegura el abordaje en el ámbito comunitario, cercano a su domicilio, a sus seres queridos o a quienes actúen como referentes en la vida social de las personas internadas. Permite la posibilidad de atención próxima, cercana, accesible, como así también el acompañamiento constante de familiares y amigos/as. La existencia de unos pocos hospitales monovalentes obliga a las personas a tener que trasladarse hacia centros desconocidos y lejanos de

la Ciudad, obstaculizando el acceso y la continuidad de la atención.

Pero no solo ello, la atención en hospitales monovalentes promueve y alimenta los mitos y creencias sociales sobre las personas con padecimientos mentales, vulgarmente llamadas “locas”. La existencia de centros de atención únicamente para personas con discapacidad psicosocial (permanente o transitoria) conlleva al imaginario social a la creencia de que las personas “locas” *deben* ser aisladas para ser atendidas, y que su abordaje *solo es posible* desde el encierro. Este imaginario obstaculiza la inclusión social de las personas una vez que han superado el cuadro agudo que originó la internación y deben egresar de las instituciones de salud. El momento de la externación puede verse dificultado por los mitos y creencias de quienes deben acompañar dicho proceso.

En el mismo sentido, la ubicación geográfica de los hospitales monovalentes no hace más que confirmar esta mirada: los tres hospitales mencionados se encuentran sumamente alejados de los centros urbanos de la CABA; en contraposición,

los hospitales generales se hallan totalmente incorporados a los centros sociales.

La conexión entre las distintas ramas del saber de la salud coadyuva a un abordaje más democrático, donde las prácticas no sean impuestas sino que sean consensuadas en una *red* de trabajo. Así, desterrando la idea del “llanero solitario” que se carga a sus hombros el abordaje terapéutico, se trata a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art. 3 Ley 26.657). recordemos que la atención en monovalentes no solamente aísla a la persona usuaria del sistema de salud, sino que hace lo propio con los/as profesionales. Por el contrario, un abordaje inserto en las prácticas de todos los servicios de salud, que parta de la interacción real entre distintas ramas de conocimiento, conlleva a una constante mejora en la atención y a brindar más herramientas que dinamicen y democratizen el saber.

La atención en hospitales generales ha demostrado que puede brindar el mismo nivel de abordaje, pero en inclusión social. En este punto, muchas de las respuestas de los/as profesionales de la salud se contraponen con los principios que emanan de la Ley Nacional de Salud Mental. Puede observarse que la legitimación de las instituciones monovalentes se fundamentaría, conforme sendas contestaciones, en la especialidad de estos/as profesionales. Contrariando dicha premisa, resulta obvio destacar que la atención que se promueve en hospitales polivalentes también sería –y es– brindada por profesionales de la salud mental. El hecho de compartir un hospital con un otorrinolaringólogo no impone que sea éste quien se encargue del tratamiento por salud mental, así como en la actualidad cuando una persona tiene un padecimiento en la visión, es atendido por especialistas en hospitales polivalentes. En la actualidad no encontramos una férrea defensa de la atención de problemas de visión *únicamente* en hospitales especializados. Se trata de una argumentación con poco arraigo en la realidad, ya que la atención seguiría siendo otorgada por profesionales tan especializados como ahora; la diferencia radicaría en el modelo institucional y en

la no exclusión de las personas con dicho padecimiento.

1.b. El ámbito privado.

En el ámbito privado (obras sociales y prepagas) podemos afirmar que, tal como sucede en el ámbito público, la atención de casi todo el abanico de personas internadas por motivos de salud mental se da en clínicas monovalentes y no en clínicas polivalentes, que no internan a las personas con este tipo de padecimiento.

En el marco de lo que fue el debate respecto de la atención en hospitales generales y monovalentes no se tuvo en cuenta las clínicas privadas; empero, la ley *exige* que se modifique la forma de atención también en estas instituciones. Así, podemos presumir que la férrea defensa de la institución manicomial no solamente se alimenta de quienes entienden que la atención pública debe brindarse allí, sino que encuentra foco, también, en aquellas instituciones privadas que, para adecuarse a la imposición de los/as legisladores/as, debe indubitadamente fundirse con clínicas polivalentes. Los intereses que pueden verse detrás de esta

necesidad de adecuación no son pocos, pero redundarían, como estamos viendo, en una democratización de la atención y en un proceso de desestigmatización.

En honor a los hechos observados, hemos de decir que estas pequeñas instituciones monovalentes reciben muchísimo menos personas internadas que los hospitales públicos de igual carácter, y que a diferencia de ello, se encuentran en distintos barrios de la ciudad, insertos en la comunidad.

2. Interdisciplina.

La Ley 26.657 impone el abordaje interdisciplinario de las problemáticas de salud mental. A diferencia de la creencia generalizada que ha acarreado dicha norma, ello no debe inferirse como un atentado hacia los saberes de la psiquiatría, ni debe colegirse la estigmatización de aquellos/as profesionales especializados/as en dicha rama de la medicina. La importancia de la atención interdisciplinaria se desprende de la definición de salud mental que recoge la norma, para la cual la salud mental acarrea una

complejidad imposible de abarcar desde un único saber. La Ley 26.657 entiende la necesidad de contar con mayores elementos para poder brindar el servicio de salud más adecuado a las necesidades de las personas.

De la misma manera que democratiza la atención, lo propio hace con las responsabilidades en las decisiones del equipo tratante, ya que si bien cada integrante podrá tener responsabilidades propias de su disciplina, lo cierto es que la decisión en conjunto de aquellas cuestiones que hacen al abordaje (decisión de internación, de otorgar un permiso de salida, de externación, etc.) serán compartidas por un equipo y no recaerán, ya, en una sola persona. Esta imposición normativa debería repercutir en una mejora (por adición) en la atención de las personas.

Sin embargo, hemos detectado que, en muchos casos, las instituciones cumplen porosamente con esta obligación legal.

Así, se ha podido conocer que hay servicios en hospitales públicos que no cuentan con más de un/a psiquiatra para brindar la atención a las

personas internadas, así como también hay clínicas privadas que solamente proporcionan psiquiatras para la atención.

En algunos casos, hemos podido rastrear que, si bien se conforma un equipo interdisciplinario para la atención de las personas internadas, todavía suele teniendo cierta preminencia en el momento de la toma de decisiones la voz del/la médico/a psiquiatra.

3. De la construcción del sujeto de derechos que recurre al servicio de salud mental.

En sintonía con las resistencias de la hegemonía psiquiátrica, puede identificarse el modo en el que los operadores del dispositivo, ahora interdisciplinario, de la salud mental, continúan nominando a las personas que (voluntaria/involuntariamente) son captadas por este.

No resulta casual que casi la totalidad de los operadores ligados a la disciplina de la salud continúen refiriéndose a este colectivo en los términos propios del campo discursivo del *saber*

médico. Así, en la construcción del sujeto usuario del servicio de salud mental, continua primando hoy un dejo del discurso médico paternalista que sigue pensándolos/as en términos de “pacientes”. Para quienes creemos en la función preformativa del lenguaje, este dato discursivo nos denuncia que aún estamos lejos de haber construido un nuevo sentido común sobre este campo. Una transformación de las prácticas que se ejercen sobre este colectivo necesita calar mucho más aun en el plano discursivo, a partir del cual se proyectan estos saberes del sentido común y del saber profesional.

Para dar paso al paradigma que los/las considere concretamente como usuarios/as titulares de derechos y que, en congruencia, considere a los/las operadores/ras y prestatarias como sujetos con obligaciones regladas por un sistema de respeto a la autonomía personal, todavía nos falta bastante. Debemos seguir dando la disputa en cada uno de los espacios de debate práctico y académico. Poniendo en evidencia las consecuencias poco inocentes de seguir pensando a las personas usuarias de un servicio de salud mental como simples “objetos” de una práctica médica. Concordantemente, se sigue denominando

“alta médica” al egreso institucional de las personas internadas.

4. De los dispositivos ambulatorios.

Hemos visto que la Ley 26.657 establece la creación y promoción de dispositivos ambulatorios de atención; sin embargo, a la fecha, dichos dispositivos escasean, lo que obstaculiza la externación de la persona que no requiere continuar internada y su inclusión social.

La Ley Nacional de Salud Mental impuso no solo la creación de dichos dispositivos, sino que también la reforma de los ya existentes a fin de darles lugar. Por su parte, impide la creación de nuevos centros monovalentes de internación. Poco se ha ido desarrollando en la actualidad, que vemos que la atención se centra en los dispositivos manicomiales.

La creación de centros comunitarios de atención, de casas de medio camino, hospitales de día y de noche, etc, depende del desarrollo activo de políticas públicas de salud que deben estar en cabeza de los estados nacionales y locales, las

cuales no solo responden a una lógica de atención basada en los derechos humanos de las personas usuarias, sino que también es un mandato expreso del Congreso Nacional.

La falta de acceso a este tipo de dispositivos condena a las personas con situación de discapacidad psicosocial a buscar contención en los centros de internación, aún cuando no le fueren necesarios. Es que lo contrario sería encontrarse sin ningún tipo de contención, exponiendo a las personas a tomar la decisión de residir en una institución constituida para contener a personas en situación de riesgo cierto e inminente, o sin ningún tipo de contención. Así, nos encontramos ante el exceso, el abuso de la institución o la carencia de contención, lo que, de cualquier manera conlleva al fracaso y no respeta la definición de salud que impone a los estados garantizar el máximo nivel de goce psico-bio social de las personas y sus familiares. El derecho a la salud se vincula íntimamente en este punto con el derecho a la dignidad humana y el derecho a una vivienda digna.

5. El vaso medio lleno.

Hasta este punto, podríamos decir que el panorama no sería alentador. Es dable resaltar que lo que se investiga es el grado de modificación que ha logrado en la práctica social la Ley 26.657, la cual ha sido sancionada por el Poder Legislativo y que debería ser de efectivo cumplimiento. Sin embargo, entiende este grupo de investigación que los resultados, a la fecha, pueden leerse como positivos.

El primer punto a destacar viene de la mano de la modalidad de atención que impone y promueve la normativa en estudio. De las experiencias colectadas se ha observado que la atención que brindan los/as profesionales de la salud mental se condice con una perspectiva, cada vez más, de derechos humanos, y que cada vez más los tratamientos son propuestos y no impuestos; se intenta acercar, en la mayor medida posible el abordaje terapéutico a la voluntad de las personas con padecimiento mental. No podemos afirmar que ello se trata de una práctica generalizada; empero, sí hemos notado que la misma se ha expandido cada vez más; más aún, se advierte una necesidad

en los/as profesionales de legitimar su atención acercando sus prácticas a esta forma de abordaje.

De la misma manera, si bien con menor medida, hemos podido advertir que casi todas las instituciones cuentan con profesionales de distintas disciplinas que intervienen en el tratamiento. En algunos casos con mayor injerencia; en otros, no tanta. Sin embargo, a la fecha ha disminuido notablemente la cantidad de instituciones que solamente basen su abordaje en las decisiones de los/as psiquiatras.

La adopción de medidas restrictivas, desde la internación involuntaria hasta la prohibición generalizada de visitas y llamadas ha quedado deslegitimada, quedando de resalto que toda medida de esta índole debe ser evaluada y reevaluada en cada caso.

Por su parte, se ha advertido que el control judicial activo y la inmediatez del cuerpo de abogados/as de la Defensoría General de la Nación ha sido, tal vez sin habérselo propuesto, la mayor garantía para resguardar y legitimar los logros obtenidos. Así, pareciera ser que la denuncia y el

control constantes han obligado a tomar un rumbo del cual, se espera, no sea necesario retroceder.

Los/as abogados/as defensores/as tienen como objetivo resguardar la voluntad y los derechos de las personas internadas; en el caso en estudio, pareciera ser que su presencia devino, finalmente, en la piedra angular que sostuvo el continuo cumplimiento de la Ley 26.657. Ello se explica si entendemos que gran parte de la normativa se trata de una legislación sobre derechos humanos, sobre los derechos de las personas en el marco de un abordaje sanitario. Aún más, la activa presencia de funcionarios/as públicos/as habría repercutido en una mejora en las concepciones de atención; a su vez, en prácticas que van desde mayores intervenciones terapéuticas, mayores asentamientos en las historias clínicas de dichas intervenciones, distintas modalidades de egreso institucional; una mayor creatividad para lograr la inclusión social una vez programada el alta institucional, y como afirmara Laufer conforme las estadísticas de la Defensoría General de la Nación, un mayor número de externaciones desde el inicio de las funciones de la Unidad de Letrados Art. 22 Ley 26657 (Laufer; 2016: s/e). En el lapso de vigencia de la ley se

observa una sensibilidad cada vez mayor de todos/as los/as actores/trices sociales: psicólogos, médicos/as, enfermeros/as; jueces/zas, defensores/as, lo que funciona, también, como sostén.

A modo de síntesis, podría afirmarse que los objetivos de cambio que impuso la Ley Nacional de Salud Mental están lejos de ser cumplidos; que las resistencias, mayoritariamente desde la hegemonía psiquiatra –y desde las políticas públicas que a ella se amoldan-, han evitado que la norma pueda encontrar eco en la práctica. Pero se observa que los cambios producidos en estos 6 años, si bien no sobrepasan las expectativas, alcanzan un piso mínimo que induce a pensar que, de seguirse, nos acercaremos cada vez más al ideal buscado. Debe darse continuidad a los cambios logrados y profundizar en las políticas y prácticas exitosas.

ANEXO NORMATIVO:

Ley 26.657

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

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

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

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

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

ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas

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

Capítulo II

Definición

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

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

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

a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;

b) Demandas familiares, laborales, falta de 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.

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

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

Capítulo III

Ambito de aplicación

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

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

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

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, 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

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

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

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

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

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria

supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

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

Capítulo VII

Internaciones

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse

involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

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

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las 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.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene

derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará

siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

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

ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

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

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

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

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

Capítulo VIII

Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones

con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Organo de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

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

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

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de

capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la

Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X

Organo de Revisión

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 usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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

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

a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;

b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;

c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

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

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se

encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

Decreto 603/2013

LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

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

Art. 2° — Créase la COMISION NACIONAL INTERMINISTERIAL EN POLITICAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en el ámbito de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, presidida por la Autoridad de Aplicación de la Ley citada e integrada por representantes de cada uno de los Ministerios mencionados en el artículo 36 de la Ley N° 26.657.

Cada Ministerio afectará partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan, según su competencia, y que se adopten en la presente Comisión.

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

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

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

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

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

ANEXO I

REGLAMENTACION DE LA LEY N° 26.657

CAPITULO I

DERECHOS Y GARANTIAS

ARTICULO 1°.- Entiéndese por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657.

ARTICULO 2°.- Sin reglamentar.

CAPITULO II

DEFINICION

ARTICULO 3°.- Sin reglamentar.

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

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

ARTICULO 5°.- Sin reglamentar.

CAPITULO III

AMBITO DE APLICACION

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

CAPITULO IV

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

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

- a) Sin reglamentar.
- b) Sin reglamentar.
- c) La Autoridad de Aplicación deberá determinar cuáles son las prácticas que se encuentran basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Todas aquellas que no se encuentren previstas estarán prohibidas.
- d) Sin reglamentar.
- e) Sin reglamentar.
- f) Sin reglamentar.
- g) Sin reglamentar.
- h) Sin reglamentar.
- i) EL INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACION, LA XENOFOBIA Y EL RACISMO (INADI) y la AUTORIDAD FEDERAL DE SERVICIOS DE COMUNICACION AUDIOVISUAL (AFSCA), en el ámbito de sus competencias, en conjunto con la Autoridad de Aplicación y con la colaboración de todas las áreas que sean requeridas, desarrollarán políticas y acciones tendientes a promover la inclusión social de las personas con padecimientos mentales y a la prevención de la discriminación por cualquier medio y contexto.
- j) Todas las instituciones públicas o privadas que brinden servicios de salud con o sin internación deberán disponer en lugares visibles para todos los usuarios, y en particular para las personas internadas y sus familiares, un letrero de un tamaño mínimo de OCHENTA CENTIMETROS (0.80

cm) por CINCUENTA CENTIMETROS (0.50 cm) con el consiguiente texto: “La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 garantiza los derechos de los usuarios. Usted puede informarse del texto legal y denunciar su incumplimiento llamando al...” (números de teléfono gratuitos que a tal efecto establezca el Organo de Revisión de cada Jurisdicción y la autoridad local de aplicación).

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

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

Dichas decisiones deberán asentarse en la historia clínica. Asimismo, las decisiones del paciente o sus representantes legales, según sea el caso, podrán ser revocadas. El equipo interdisciplinario interviniente deberá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en la historia clínica.

l) La información sanitaria del paciente sólo podrá ser brindada a terceras personas con su consentimiento fehaciente. Si aquél fuera incapaz, el

consentimiento será otorgado por su representante legal.

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

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

m) Entiéndese por “consentimiento fehaciente” a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

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

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

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

n) Sin reglamentar.

o) Sin reglamentar.

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

El pago de dicha compensación se verificará siguiendo las reglas, usos y costumbres de la actividad de que se trate. La Autoridad de Aplicación, en coordinación con el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, deberá fiscalizar que no existan abusos o algún tipo de explotación laboral.

CAPITULO V

MODALIDAD DE ABORDAJE

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

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

Cada jurisdicción definirá las características óptimas de conformación de sus equipos, de acuerdo a las necesidades y particularidades propias de la población.

En aquellas jurisdicciones en donde aún no se han desarrollado equipos interdisciplinarios, la Autoridad de Aplicación en conjunto con las autoridades locales, diseñarán programas tendientes a la conformación de los mismos, estableciendo plazos para el cumplimiento de dicho objetivo. Hasta tanto se conformen los mencionados equipos, se procurará sostener una atención adecuada con los recursos existentes, reorganizados interdisciplinariamente, a fin de evitar derivaciones innecesarias fuera del ámbito comunitario.

La Autoridad de Aplicación deberá relevar aquellas profesiones y disciplinas vinculadas al campo de la salud mental y desarrollará acciones tendientes a:

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

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

- a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.
- b) Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.
- c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda.
- d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva.
- e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.

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

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

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

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

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

La Autoridad de Aplicación establecerá los requisitos que debe cumplir cada dispositivo para su habilitación.

Los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda.

Entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.

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

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

ARTICULO 12.- Debe entenderse que no sólo la prescripción de medicamentos sino de cualquier otra medida terapéutica, indicada por cualquiera de los profesionales del equipo interdisciplinario, debe cumplir con los recaudos establecidos en el artículo 12 de la Ley N° 26.657.

La prescripción de psicofármacos debe realizarse siguiendo las normas internacionales aceptadas por los consensos médicos para su uso racional, en el marco de los abordajes interdisciplinarios que correspondan a cada caso.

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

CAPITULO VI

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

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

CAPITULO VII

INTERNACIONES

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

Cuando existan restricciones precisas de carácter terapéutico que recaigan sobre algún familiar o referente afectivo, deberá asegurarse el acompañamiento a través de otras personas teniendo en cuenta la voluntad del interesado. Nunca alcanzarán al abogado defensor, y podrán ser revisadas judicialmente. Las restricciones referidas no son en desmedro de la obligación de la institución de brindar información, incorporar a la familia y referentes afectivos a las instancias terapéuticas e informar sobre las prestaciones que brinda, facilitando el acceso al conocimiento de las instalaciones e insumos que se le ofrecen a la persona.

Se deberá promover que aquellas personas que carezcan de familiares o referentes, afectivos en

condiciones de acompañar el proceso de tratamiento, puedan contar con referentes comunitarios. Para ello, la Autoridad de Aplicación identificará, apoyará y promoverá la organización de asociaciones de familiares y voluntarios que ofrezcan acompañamiento.

No será admitida la utilización de salas de aislamiento.

Las instituciones deberán disponer de telefonía gratuita para uso de las personas internadas.

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

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

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

- a) El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que

articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. En aquellos casos en que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado Nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro.

La evaluación deberá incorporarse a la historia clínica.

Los profesionales firmantes deberán ser de distintas disciplinas académicas e integrar el equipo asistencial que interviene directamente en el caso, sin perjuicio de la responsabilidad de las autoridades de la Institución.

El informe deberá contener conclusiones conjuntas producto del trabajo interdisciplinario.

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

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

ARTICULO 17.- La Autoridad de Aplicación conjuntamente con el MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE y las dependencias institucionales que a estos fines resulten competentes, promoverán la implementación de políticas que tengan como objetivo: 1) facilitar el rápido acceso al Documento Nacional de Identidad (DNI) a las personas que

carezcan de él; y 2) la búsqueda de los datos de identidad y filiación de las personas con padecimiento mental cuando fuese necesario, con procedimientos expeditos que deberán iniciarse como máximo a las CUARENTA Y OCHO (48) horas de haber tomado conocimiento de la situación; manteniendo un Registro Nacional actualizado que permita un seguimiento permanente de estos casos hasta su resolución definitiva. Este Registro Nacional actuará en coordinación con la Autoridad de Aplicación y contendrá todos aquellos datos que tiendan a identificar a las personas o su grupo de identificación familiar.

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

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

ARTICULO 18.- Solamente podrá limitarse el egreso de la persona por su propia voluntad si existiese una situación de riesgo cierto e inminente, en cuyo caso deberá procederse de conformidad con el artículo 20 y subsiguientes de la Ley N° 26.657.

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

ARTICULO 19.- Sin reglamentar.

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Sin reglamentar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando una internación involuntaria se transforma en voluntaria, se le comunicará al juez esta novedad remitiéndole un informe con copia del consentimiento debidamente firmado. En este caso se procederá de conformidad con lo establecido en el artículo 18 de la Ley, debiendo realizar la comunicación allí prevista si transcurriesen SESENTA (60) días a partir de la firma del consentimiento.

ARTICULO 24.- Los informes periódicos deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas

obtenidas, fundamentando adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación.

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

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

ARTICULO 25.- Sin reglamentar.

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

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

En caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado.

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

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

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

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

También establecerá las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados, a los efectos de cumplir con el presente artículo.

La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO VIII

DERIVACIONES

ARTICULO 30.- La conveniencia de derivación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona deberá estar debidamente fundada por evaluación interdisciplinaria en los términos previstos en el artículo 16 y concordantes de la Ley. La

comunicación al Juez y al Organo de Revisión, cuando no exista consentimiento informado, deberá ser de carácter previo a la efectivización de la derivación.

CAPITULO IX

AUTORIDAD DE APLICACION

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

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

ARTICULO 32.- Sin reglamentar.

ARTICULO 33.- El MINISTERIO DE EDUCACION, a través de sus áreas competentes, prestará colaboración a la Autoridad de Aplicación a fin de efectuar las pertinentes recomendaciones dirigidas a las universidades para adecuar los planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental.

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

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

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

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

La Comisión conformada dará asistencia técnica y seguimiento permanente para la implementación de los estándares elaborados.

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

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

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

ARTICULO 36.- Sin reglamentar.

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

Ley y los que la Autoridad de Aplicación disponga de acuerdo con el artículo 11 de la misma. Para acceder a dicha cobertura no será exigible certificación de discapacidad.

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

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

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

Las auditorías o fiscalizaciones sobre los prestadores, públicos y privados deberán controlar

el cumplimiento de la Ley, incluyendo la utilización de evaluaciones interdisciplinarias.

Se promoverá que igual criterio adopten las obras sociales provinciales.

CAPITULO X

ORGANO DE REVISION

ARTICULO 38.- El Órgano de Revisión en el ámbito del MINISTERIO PUBLICO DE LA DEFENSA actuará conforme las decisiones adoptadas por los integrantes individualizados en el artículo 39 de la Ley. Dictará su reglamento interno de funcionamiento, y establecerá los lineamientos políticos y estratégicos de su intervención en el marco de los objetivos y funciones asignadas por la Ley.

Deberá reunirse de forma periódica, en los plazos que determine su reglamento interno, y al menos una vez por mes.

Además, podrá constituirse en asamblea extraordinaria, a pedido de alguno de sus miembros cuando una cuestión urgente así lo requiera.

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

A los fines de dotar al Órgano de Revisión de la operatividad necesaria para cumplir de un modo

más eficaz sus funciones, encomiéndose a la DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION la Presidencia, representación legal, y coordinación ejecutiva del Organismo Revisor, a través de la organización de una Secretaría Ejecutiva y de un equipo de apoyo técnico y otro administrativo.

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

La Secretaría Ejecutiva, cuyo titular será designado por la DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION, deberá coordinar las reuniones de los integrantes del Órgano de Revisión, implementar las estrategias políticas, jurídicas e institucionales, participar sin voto de las reuniones, seguir los lineamientos acordados por los integrantes del Órgano, canalizar la colaboración necesaria entre los distintos miembros, y adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento permanente del organismo, rindiendo cuentas de las acciones emprendidas.

La labor permanente de carácter operativo, técnico y administrativo del Órgano de Revisión, se sustentará mediante los equipos de apoyo enunciados precedentemente, cuyo personal será provisto por la DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION y coordinado por la Secretaría Ejecutiva.

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

ARTICULO 39.- Los integrantes del Órgano de Revisión serán designados de la siguiente manera:

- a) UN (1) representante del MINISTERIO DE SALUD;
- b) UN (1) representante de la SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS.
- c) UN (1) representante del MINISTERIO PUBLICO DE LA DEFENSA;
- d) UN (1) representante de asociaciones de usuarios y/o familiares del sistema de salud;
- e) UN (1) representante de asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud;
- f) UN (1) representante de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

La DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION a través de su titular o de quién éste designe deberá ejercer el voto en las reuniones a los efectos de desempatar, cuando resultare necesario.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) El equipo interdisciplinario que evalúe las internaciones deberá estar conformado bajo el mismo criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley.

d) Sin reglamentar;

e) Sin reglamentar;

f) El Organismo de Revisión podrá requerir la intervención judicial, así como de la defensa pública y de otros organismos de protección de derechos, ante situaciones irregulares que vayan en desmedro

de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental;

g) Sin reglamentar;

h) Las recomendaciones deberán efectuarse a través de informes anuales sobre el estado de aplicación de la Ley en todo el país, que deberán ser de carácter público;

i) Sin reglamentar;

j) A los fines de promover la creación de órganos de revisión en las jurisdicciones, deberá fomentarse que en su integración se respete el criterio de intersectorialidad e interdisciplinariedad previsto en la ley para el Órgano de Revisión nacional, y podrán depender del ámbito que se considere más adecuado de acuerdo a la organización administrativa de cada jurisdicción, para garantizar autonomía de los servicios y dispositivos que serán objeto de supervisión. Se promoverá que, como mínimo, las funciones de los órganos de revisión locales sean las indicadas para el Órgano de Revisión nacional, en su ámbito.

k) Sin reglamentar;

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

CAPITULO XI

CONVENIOS DE COOPERACION CON LAS PROVINCIAS.

ARTICULO 41.- Sin reglamentar.

CAPITULO XII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.

ARTICULO 42.- Sin reglamentar.

ARTICULO 43.- Sin reglamentar.

ARTICULO 44.- Sin reglamentar.

ARTICULO 45.- Sin reglamentar.

ARTICULO 46.- Sin reglamentar.

DISPOSICION TRANSITORIA.

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

A los efectos de integrar el Organo de Revisión, para su primer período de funcionamiento por DOS (2) años, los representantes designados por los TRES (3) organismos deberán elegir, por decisión fundada, a las entidades que representarán a las asociaciones

y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f) del artículo 39 de este Decreto.

Antes de la culminación del primer período de funcionamiento, los representantes de los TRES (3) organismos definirán, por decisión unánime, el procedimiento que se aplicará en adelante para la selección de las otras asociaciones y organizaciones, con los recaudos del artículo 39 de esta reglamentación.

El órgano de Revisión comenzará su actividad regular y permanente luego de constituido íntegramente, con todos los representantes previstos en la ley. En el ámbito de la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, el Organo de Revisión local ejercerá las funciones señaladas en el artículo 40 de la Ley, aún si la justicia interviniente fuese nacional. Sin perjuicio de ello, en éste último supuesto, el Organo de Revisión nacional podrá ejercer subsidiariamente dichas funciones.

Bibliografía.

Ameigeiras, A. R. (2007), El abordaje etnográfico en la investigación social, en Vasilachis de Gialdino, Irene (coord), Estrategias de investigación cualitativa, Gedisa, Barcelona.

Barbero, Jesús Martín (1998), De Los Medios A Las Mediaciones, Convenio Andrés Bello, Bogotá.

Carcova, C.M., (2009) Notas acerca de la Teoría Crítica del Derecho, en Christian Courtis (coomp.), Desde otra mirada, Eudeba, Buenos Aires.

Defensoría Oficial ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012), Expediente Letra “P”, N° 698, caratulado “P., A. C. s/ insania”.

Glanc, P. (2013) La conquista de derechos y la Ley 26.743, en Torres, M., Schnitzer, G., Antuña, A. & Peidro, S., *Transformaciones. Ley, diversidad, sexuación*. Bs. As., Grama ediciones.

Kesselman, Hernan (1993), Revista Zona Erógena N° 14, Buenos Aires.

Laufer Cabrera, Mariano (2015) ¿Qué dice el nuevo Código Civil sobre las internaciones de Salud Mental?. Disponible en <http://www.archivoinfojus.gob.ar/nacionales/que-dice-el-nuevo-codigo-civil-sobre-las-internaciones-de-salud-mental-9771.html>

Luhmann, Niklas (2002), *El derecho de la sociedad*, Universidad Iberoamericana UNAM, Mexico.

Marin, Javier -comp.- (2013), *La ciudad empresa, Espacios Ciudadanos y Derechos bajo lógica de mercado*, Ediciones del CCC, Buenos Aires.

Procuración General ante la CSJN (2014), expediente “P A C s/insania, S.C. P. 698, L. XLVII”.

Ruiz, A. E. C. (2001), *Idas y vueltas. Por una teoría crítica del derecho*, Del Puerto, Buenos Aires.

Sampayo, Azucena del Rosario (2005), *La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*. Disponible en <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>

Tello, N. (2003), Cornelius Castoriadis y el imaginario radical, Campo de Ideas, Madrid.

Vasilachis de Gialdino, Irene (coord), Estrategias de investigación cualitativa, Gedisa, Barcelona.

INDICE

I. Introducción.....	3
II. Cuestiones metodológicas.....	4
III. Marco Teórico.....	7
IV. La Ley 26.657. Aspectos principales de la normativa.....	16
V. Entrevistas a los/as operadores de la salud mental: psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales y abogados/as integrantes del Poder Judicial de la Nación y de la Defensoría General de la Nación.....	38
VI. Conclusiones.....	69
Anexo Normativo.....	87
Bibliografía.....	144